



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Obstetricia

Factores de riesgo del embarazo en adolescentes gestantes y no gestantes, 2018

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Yesenia Jaqueline CERVERA RINZA

ASESOR

Milena LÓPEZ SÁNCHEZ

Lima, Perú

2018



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Cervera Y. Factores de riesgo del embarazo en adolescentes gestantes y no gestantes, 2018 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia; 2018.



ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO
PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA

El jurado designado para evaluar la Sustentación de Tesis, de acuerdo a las "Normas para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Obstetricia en las Escuelas Profesionales de la Facultad de Medicina", de:

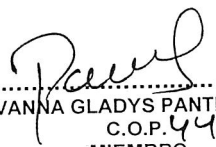
BACHILLER: CERVERA RINZA YESENIA JAQUELINE

Cuyo título es: FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES
GESTANTES Y NO GESTANTES, 2018 Reunidos en la fecha, después de la sustentación
y resolución de preguntas por el Tesista, acordó el siguiente calificativo:

..... Muy Bueno

..... Decariete 17


MG. OBST. MARTA LUCIO SUMA
C.O.P. 2843
PRESIDENTE


MG. GIOVANNA GLADYS PANTE SALAS
C.O.P. 4426
MIEMBRO


LIC. OBST. EDITA R. CUYA CANDELA
C.O.P. 1266
MIEMBRO


DRA. MILENA LÓPEZ SÁNCHEZ
C.O.P.
ASESOR (A)


MG. CLARA DÍAZ TINOCO
DIRECTORA
E.P. DE OBSTETRICIA

Lima, 20 de diciembre del 2018

AGRADECIMIENTO

A Dios, porque sin su bendición y amor infinito no hubiese logrado todo lo que soy hasta hoy.

A mis padres, por su apoyo, comprensión y amor incondicional a lo largo de toda mi vida.

A mi asesora, Dra. Milena López Sánchez, por el entusiasmo y apoyo que me brindó para la realización de esta tesis.

A mi Alma Mater y docentes, porque gracias a ellos obtuve múltiples e importantes conocimientos y experiencias que me servirán para siempre.

A mis amigos, en especial a Alessandro, Lucia, Wendy y Luis, por demostrarme siempre su lealtad y apoyo en toda circunstancia.

DEDICATORIA

A mi querida amiga Juvixza Cerna Pariona, con quien comencé la etapa universitaria y vivimos muchas anécdotas juntas, ya no está físicamente entre nosotros, pero sé que me hubiese apoyado en todo momento. A quien llevo siempre en mi mente y mi corazón; A mis padres y hermanos, por el gran ejemplo que son para mí en todos los aspectos y por ser mi empuje para no rendirme; A toda mi familia, en especial a mis abuelos maternos, quienes fueron grandes seres humanos y que seguramente estarían orgullosos por esta realización; dedico esta tesis que realicé con mucho esfuerzo y compromiso.

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN.....	7
1.1 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	34
1.2 OBJETIVOS.....	35
1.3 HIPÓTESIS.....	35
2. MATERIAL Y MÉTODOS.....	36
2.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	36
2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	36
2.3 MUESTRA DE ESTUDIO	36
2.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	37
2.5 TÉCNICA E INSTRUMENTOS.....	38
2.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	39
2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	40
3. RESULTADOS.....	41
4. DISCUSIÓN.....	52
5. CONCLUSIONES.....	56
6. RECOMENDACIONES.....	57
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
8. ANEXOS	64

RESUMEN

Objetivo: Establecer los factores de riesgo del embarazo en adolescentes gestantes y no gestantes, Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2018.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico de caso-control. Presentó una muestra de 57 adolescentes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, divididas en 19 adolescentes con embarazo (grupo caso) y 38 adolescentes sin embarazo (grupo control). La técnica fue la encuesta mediante cuestionario, previo consentimiento informado. El análisis se realizó en el software estadístico SPSS. Se utilizó la prueba de Chi cuadrado para medir la asociación entre las variables categóricas, asumiendo la asociación al valor p menor de 0.05.

Resultados: Dentro de los factores individuales, se demostró asociación significativa del embarazo adolescente con: El estado civil ($p < 0.001$), grado de instrucción con un $p = 0.005$, ocupación un $p = 0.005$, Uso de métodos anticonceptivos con un $p = 0.008$, edad de las adolescentes con un $p < 0.001$, edad de la primera relación sexual con un $p = 0.039$ y andría con un $p < 0.001$. En los factores familiares, se demostró asociación significativa con: el grado de instrucción de los padres ($p = 0.002$) y el hecho de que algún miembro de la familia haya tenido un embarazo en la adolescencia ($p = 0.021$). En los factores sociales, se demostró asociación significativa con: el número de personas que viven en el hogar con un $p = 0.012$.

Conclusiones: Los principales factores asociados al embarazo adolescente fueron el estado civil, la edad del adolescente, la andría y el grado de instrucción de los padres.

Palabras claves: Factores de riesgo, Embarazo en adolescencia, Salud del adolescente, Prevención primaria (*Fuente: DeCS*)

ABSTRACT

Objective: To establish the risk factors of pregnancy in pregnant and non-pregnant adolescents, Santa Anita Maternal and Child Health Center, 2018.

Material and methods: Observational, analytical case-control study. Present a sample of 57 adolescents attended at the Santa Anita Maternal and Child Health Center, divided into 19 adolescents with pregnancy (case group) and 38 adolescents without pregnancy (control group). The technique was the questionnaire survey, with prior informed consent. The analysis was performed in the statistical software SPSS. The chi-squared test is used to measure the association between the categorical variables, assuming the association to the p-value less than 0.05.

Results: Within the individual factors, a significant association was found in adolescent pregnancy with: Marital status ($p < 0.001$), degree of instruction with a $p < 0.005$, occupation in $p < 0.005$, Use of contraceptive methods with a $p < 0.008$, age of adolescents with $p < 0.001$, age of first intercourse with $p < 0.039$ and age with $p < 0.001$. In family factors, a significant association was found with: the degree of instruction of the parents ($p = 0.002$) and the fact that some family member had a pregnancy in adolescence ($p = 0.021$). In social factors, a significant association was shown with: the number of people living in the home with a $p < 0.012$.

Conclusions: The main factors associated with pregnancy were the marital status, the age of the adolescent, the andria and the degree of instruction of the parents.

Keywords: Risk factors, Pregnancy in adolescence, Adolescent health, Primary prevention (*Source: MeSH*)

1. INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia es un tema muy antiguo; se refiere a los embarazos ocurridos en mujeres a una edad cuando aún no son adultas y cuando desde el punto de vista biopsicosocial todavía no están aptas para la maternidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la segunda década de la vida, es decir, la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años, que se caracteriza por profundos cambios biológicos, psicológicos y sociales. Según la OMS, cerca de 16 millones de adolescentes se embarazan y dan a luz cada año (un 11% aproximadamente de todos los nacimientos en el mundo) y dentro de este número, 2.5 millones de muchachas menores de 16 años dan a luz. En un panorama más puntual, cada día, 41 095; cada hora, 1 71213, la mayoría en países de bajos y medianos ingresos, correspondiéndoles una quinta parte de todos los nacimientos.^{(1) (2)}

Mientras que la tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1.000 niñas, en América Latina y el Caribe se tienen las segundas tasas más altas de embarazos adolescentes del mundo, estimada en 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas de entre 15 y 19 años, y son sólo superadas por las de África subsahariana. La mortalidad materna en esta región se ubica entre las tres primeras causas de muerte en las adolescentes entre 15 y 19 años. Y en las adolescentes menores de 15 años, el riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo es hasta tres veces más que en mujeres mayores de 20 años.⁽³⁾

En el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2017, del total de adolescentes de 15 a 19 años, el 13.4% ya estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10,6% ya eran madres y el 2,9% estaban gestando por primera vez. Al igual que en el contexto mundial, en nuestro país, los mayores porcentajes de adolescentes alguna vez embarazadas se encuentran en el área rural (23,2%) y en las que viven en la Selva (22,6%); es decir en las zonas donde

se halla mayor pobreza y vulnerabilidad, y, los menores porcentajes en el área urbana (10,7%) y en Lima Metropolitana (9,7%).⁽⁴⁾

Antecedentes:

Rodríguez, N; Cala, A. y col. Cuba (2017), realizaron el estudio titulado "Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes". Fue un estudio de casos y controles para identificar factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en la policlínica "Emilio Daudinot" en el año 2013. El universo fueron las embarazadas adolescentes captadas durante ese año (42 casos) y el duplo de adolescentes que nunca estuvieron embarazadas, seleccionadas dos por cada caso (86 controles). La información la obtuvieron de una encuesta previamente validada. Los resultados son expresados en tablas de doble entrada. Se estimaron odds ratio e Intervalos de Confianza. Como resultado obtuvieron que los factores de riesgo para el embarazo en la adolescencia son el tener sus primeras relaciones sexuales entre 15 y 19 años y no poseer conocimiento sobre complicaciones del embarazo en la adolescencia. En su gran mayoría las adolescentes conocían la edad óptima para embarazarse y no consideran el aborto como método anticonceptivo. Por lo tanto, recomiendan diseñar un programa de intervención educativa para modificar el conocimiento de las adolescentes.⁽⁵⁾

Carvajal, R.; Valencia, H. y col. Colombia (2017). "Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia". Realizaron un estudio analítico prospectivo de una cohorte de 316 adolescentes entre 13 a 19 años de edad en colegios públicos y privados de Buenaventura entre los años 2006 y 2007. En la primera medición las adolescentes no debían estar embarazadas y se les aplicó un cuestionario. Seis meses después se hacía test de embarazo. Como resultados obtuvieron que el promedio de edad de la cohorte fue de 15.9 años, el 10% de las adolescentes se embarazaron durante el seguimiento, el promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue 14.5

años y 67.7% indicaron que no usaron algún método de planificación familiar en su primera relación sexual. Durante el seguimiento las adolescentes que tuvieron mayor riesgo de tener un embarazo fueron aquellas que reportaron en la encuesta: No ser capaces de evitar las relaciones sexuales cuando no usaban métodos de planificación; sentir culpa por el consumo de alcohol; tener amigas que abortaron y sentir presión para iniciar vida sexual. Ellos concluyen que los factores de riesgo y protectores de un embarazo temprano no sólo están en el nivel individual, sino que abarcan también el ámbito de los pares y la familia de la adolescente, al igual que de los servicios de salud.⁽⁶⁾

Akanbi F, Afolabi KK y col. (2016) realizaron el estudio "Individual Risk Factors Contributing to the Prevalence of Teenage Pregnancy among Teenagers at Naguru Teenage Centre Kampala, Uganda" con el objetivo de identificar y analizar los factores individuales que contribuyen a la prevalencia del embarazo adolescente . Utilizaron un diseño de estudio transversal que empleó abordajes tanto cuantitativos como cualitativos utilizando un tamaño de muestra de 384 adolescentes. El resultado muestra que 4 de cada 10 adolescentes estaban embarazadas. Los factores de riesgo individuales que se encontraron asociados con el embarazo adolescente fueron el nivel educativo ($P = 0.024$, $X^2 = 7.452$; $OR = 3.437$, $CI = 6.906-1.711$), Inicio de los anticonceptivos a los 13 años o más ($P = 0.049$, $X^2 = 7.852$; $OR = 2.484$, $CI = 4.938-1.25$), los hermanos son sexualmente activos ($X^2 = 12.727$, $P = 0.005$, $OR = 5.308$; $CI = 11.295-2.494$) y sus hermanas alguna vez quedaron embarazadas ($X^2 = 15.214$, $P < 0.001$; $OR = 2.575$, $CI = 4.642-1.428$). Concluyeron en que la prevalencia del embarazo adolescente entre los adolescentes que acceden al centro para adolescentes de Naguru es moderadamente alta. Los factores de riesgo para el embarazo adolescente fueron el nivel educativo, la edad al inicio de los anticonceptivos, los hermanos sexualmente activos y los hermanos que alguna vez quedaron embarazadas.⁽⁷⁾

Ulloque L, Monterrosa, A y Arteta, C.(2015) realizaron el estudio titulado "Prevalencia de baja autoestima y nivel de resiliencia bajo, en gestantes adolescentes de poblaciones del caribe colombiano", con el objetivo de estimar la prevalencia de baja autoestima (BAE) y nivel de resiliencia bajo (NRB), en un grupo de gestantes adolescentes. Fue un estudio descriptivo transversal en gestantes adolescentes, del departamento de Bolívar, Caribe Colombiano. Se utilizó un formulario para identificar características socio-demográficas de las gestantes y su compañero, historia gineco-obstétrica, estado psicoemocional con la gestación, apoyo familiar y de pareja. Se incluyó la escala de autoestima de Rosenberg y la de resiliencia de Wagnild y Young. Como resultado obtuvieron: Edad media: $16,5 \pm 1,5$. La gran mayoría abandonó la escuela al quedar embarazada. La puntuación media de autoestima: $27,8 \pm 3,9$. El 76,8% tuvieron nivel normal de autoestima y el 23,2% BAE ($p < 0,05$). La puntuación promedio de resiliencia: $125,0 \pm 17,8$. El 8,6% tuvo nivel de resiliencia alto, 57,2% nivel de resiliencia moderado y 34,2% NRB ($p < 0,05$). Hubo correlación positiva significativa de resiliencia con: autoestima, edad de la gestante, edad del compañero, edad del primer coito, años entre primera relación sexual y edad de la gestante, años entre menarquia y primera relación coital, años entre menarquia y la edad de quedar en embarazo, años de estudio, número de controles prenatales y de ecografías acompañada por el compañero. La autoestima solo se correlacionó positiva y significativamente con la edad de la gestante. Las gestantes adolescentes que no se sentían felices o no tenían apoyo del compañero, tuvieron un significativo NRB (OR: 3,7[IC95%:1,3-10,3]). Concluyeron que la prevalencia para BAE fue de 23,2% y de 34,2% para NRB.⁽⁸⁾

Gómez, C y Montoya, L. Bogotá (2014) realizaron el estudio "Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012", con el objetivo de establecer la relación entre los factores sociales, demográficos, familiares y económicos con el embarazo en adolescentes. Fue un estudio

transversal, realizado entre Abril y Mayo de 2012, para esto, aplicaron una encuesta a 193 adolescentes dirigida a buscar información sobre factores: sociales, demográficos, familiares y económicos. Como resultados, los factores asociados mediante el análisis multivariado con mayor riesgo de embarazo adolescente fueron: la edad (OR: 8,33 IC; 1,82-38,14), el estrato socioeconómico (OR: 12,52 IC; 1,58-98,91), la ocupación (OR: 7,60 IC: 3,0-19,27), la convivencia con la pareja (OR: 17,47 IC; 3,63-83,94), el inicio temprano de las relaciones sexuales (OR: 1,95 IC; 0,69-5,5), el número de compañeros sexuales (OR: 1,70 IC; 0,74-3,86), el nivel de escolaridad del padre (OR: 3,05 IC: 1,01-9,22), el hecho de haber sido violada (OR: 3,66 IC; 1,12-11,96) y los ingresos económicos familiares (OR: 3,98 IC; 1,45-10,92). Por lo tanto, concluyeron que la edad, el estrato socioeconómico, la ocupación, la convivencia con la pareja, el inicio temprano de las relaciones sexuales, el número de compañeros sexuales, el nivel de escolaridad del padre, haber sido violada y los ingresos económicos familiares estaban asociados con el embarazo en adolescentes en el área urbana del municipio de Briceño.⁽⁹⁾

Sánchez, Y; Mendoza, L y col. Colombia (2013) en su estudio "Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia" buscaron determinar los factores de riesgo asociados a embarazo en mujeres adolescentes. Realizaron un estudio de casos y controles, con 151 mujeres adolescentes de 19 años o menos, embarazadas, con hijos o antecedente de embarazo y 302 adolescentes controles con actividad sexual (AS) sin historia de embarazo. Las asociaciones se determinaron mediante Odds Ratio. Para el análisis multivariado se empleó regresión logística (RL). En los resultados, hubo asociación significativa con embarazo las variables individuales: no encontrarse escolarizadas o estudiando, inicio de AS a los 15 o menos años y no usar métodos de planificación familiar (PF) en todas las relaciones sexuales; en variables familiares: escolaridad materna menor que secundaria, no educación sexual del adolescente por la madre y no

suministro de métodos de PF por la madre, y en las variables socio-culturales: pertenecer al estrato socio-económico 1 y no haber recibido educación en PF por parte de personal docente, de salud u otro diferente a los padres. Por lo cual, concluyen que las causas asociadas a embarazo involucran factores individuales, familiares y socio-culturales.⁽¹⁰⁾

Arnao, V. Perú (2016), realizó un estudio titulado "Factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes, Centro Materno Infantil José Gálvez, Lima - Perú, 2014" con el objetivo de determinar los factores individuales, familiares y sociales que están asociados al embarazo en adolescentes. Es un estudio de enfoque mixto, con una primera etapa de enfoque cuantitativo y una segunda etapa de enfoque cualitativo. En la etapa cuantitativa, se realizó un estudio de "casos y controles", para lo cual se utilizó una muestra de 120 gestantes (60 adolescentes y 60 adultas) mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los datos fueron analizados con el programa SPSS-22. Para determinar los factores de riesgo se calculó el odd-ratio (OR) y para el análisis de las variables nominales se empleó la prueba de chi-cuadrado. La etapa cualitativa contó con una muestra de 10 adolescentes informantes clave del grupo caso, en quienes se aplicó una entrevista a profundidad. Se obtuvo que había asociación entre la gestación en adolescentes y el nivel de educación, así como con la salud emocional, ocupación, edad de inicio de relaciones sexuales, uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual y conocimiento sobre métodos anticonceptivos . Se concluyó que existen dos factores de riesgo: la violencia familiar (OR=2,529; IC: 1,188-5,387) y la escasa consulta a la madre sobre sexualidad (OR=2,366; IC: 1,111-5,040).⁽¹¹⁾

Castro, J.; Espejo, Y. Perú (2016), realizaron un trabajo titulado "Factores asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora 2016". El objetivo del estudio fue determinar los factores que están asociados al embarazo en adolescentes atendidas

en el Hospital María Auxiliadora. Fue un estudio observacional-analítico de tipo caso-control; la población fue comprendida por 320 usuarias de los consultorios externos pertenecientes al departamento de Gineco-obstetricia, la muestra estuvo conformada por 40 adolescentes embarazadas (casos) y 60 adolescentes no embarazadas (controles) atendidas en los consultorios externos de Gineco-obstetricia. En el análisis de los resultados, los factores con mayor fuerza de asociación fueron: recibir información sobre planificación familiar (OR= 5,444), el uso de un método anticonceptivo (OR= 5,211), edad de primera menstruación (OR=4,592). Como conclusión, determinaron que los factores intrapersonales (Edad de primera menstruación, edad de inicio de relaciones sexuales, y diferencia de edad con el compañero sexual), interpersonales (ingresos económicos, grado de instrucción de la madre y el padre, violencia física entre los padres) y contextuales (ocupación y comprensión de la información recibida) se encuentran asociados significativamente al embarazo en adolescentes.⁽¹²⁾

Luyo, D. Perú (2015), realizó el estudio titulado “Factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari 2014 - 2015”, para determinar los factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari del periodo de enero del 2014 a diciembre del 2015. El estudio fue observacional, longitudinal, retrospectivo, con un diseño caso y control. La técnica utilizada fue el fichaje en base a la recolección de datos de fuentes secundarias. Se obtuvo que dentro de los factores individuales de riesgo asociados al embarazo en adolescentes se evidenciaron: Menarquia precoz (OR: 2,1), Baja autoestima (OR: 1,6) y el consumo de alcohol (OR: 2,6). Dentro de los factores familiares de riesgo se evidenciaron los siguientes: Violencia familiar (OR: 2,1). Dentro de los factores sociales: Falta de Uso de Métodos de Planificación Familiar (OR: 1,8), el machismo de los padres (OR: 2,5) y la violencia sexual (OR: 4,1). Por lo tanto, concluyen que los factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes son la menarquía precoz, la

baja autoestima, el consumo de alcohol, la violencia familiar, la falta de uso de métodos anticonceptivos, el machismo y la violencia sexual.⁽¹³⁾

Luna, S y López, L. Perú (2014), efectuaron el estudio "Factores asociados al embarazo adolescente en las gestantes que acuden al Hospital San Juan de Lurigancho, 2014". Buscaron determinar los factores asociados al embarazo adolescente en las gestantes que acuden al Hospital San Juan de Lurigancho, en el 2014. Fue un estudio descriptivo de corte transversal. Se realizó un cuestionario a 384 gestantes adolescentes en el área de psicoprofilaxis obstétrica y en consultorios externos, en el periodo enero-marzo de 2014. En los resultados: con relación a los factores individuales, encontraron que la edad de mayor prevalencia es de 19 años, con 22,7 %. El estado civil de soltera fue de 59,6 %. En su mayoría, las adolescentes eran amas de casa (43 %). En cuanto a los factores familiares en antecedentes de embarazo en adolescencia, se halló que la madre sí estuvo embarazada a su edad en un 12 %. Con relación a los factores sociales, el nivel socioeconómico (entendido como el ingreso mensual) es de 600 a 1000 soles en 62,5 %. Se concluyó que los principales factores individuales del embarazo en la adolescencia fueron: la edad de 19 años, ser solteras, con secundaria completa, de ocupación ama de casa, la edad promedio de la menarquia es de 12 años, se iniciaron sexualmente a los 15 años, solo tuvieron una pareja sexual y sí utilizaron un método anticonceptivo; con mayor frecuencia, el condón. Factores familiares: los padres de las gestantes adolescentes eran convivientes y no culminaron sus estudios secundarios, hubo antecedentes de embarazo adolescente en su familia. Factores sociales: el ingreso económico de la población se rige entre 600 y 1000 soles, el hacinamiento era de tres a cuatro miembros en el hogar y vivían en una zona urbana.⁽¹⁴⁾

Rubén, A. Perú (2013), en su estudio "Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María

Auxiliadora, 2013" busca determinar los principales factores y características sociodemográficas en el embarazo de adolescentes atendidas en los consultorios externos de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, diciembre del 2013. Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, con diseño observacional-descriptivo, para esto se encuestó a las gestantes adolescentes que acuden para ser atendidas en los Consultorios Externos del Departamento de Gineco-obstetricia. Se empleó un cuestionario validado, luego del cual se recolectaron los datos y fueron procesados utilizando el programa de SPSS Versión 22. Se entrevistó a 100 pacientes adolescentes gestantes. Las adolescentes respondieron como sigue: el 90% se encontraban entre los 14 a 19 años de edad, el 80% no planificaron su embarazo, 64% provienen de familias desintegradas, 75% tienen grado de instrucción secundaria, 65% reciben apoyo económico de sus padres, 62% inicio sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad y 82% tiene algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. Al finalizar el estudio, concluyeron que las adolescentes embarazadas atendidas en el dicho Hospital, tienen ciertas características sociodemográficas comunes en el embarazo; la temprana edad de inicio de las relaciones sexuales, bajo nivel educativo, de origen familiar desintegradas y tienen algún conocimiento de métodos anticonceptivos por la alta frecuencia que se encontró en los entrevistados.⁽¹⁵⁾

ADOLESCENCIA

La raíz de la palabra proviene del término latino adolescere cuyo significado en latín es "ir creciendo, convertirse en adulto". Este significado difiere del término "adolescer" del cual erróneamente se han derivado todo tipo de ideas sobre las supuestas carencias y dependencias de los adolescentes.⁽¹⁶⁾

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y

de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. A medida, que los adolescentes experimentan estos cambios, pueden probar muchos comportamientos de riesgo entre los que se encuentran la actividad sexual, como ejemplo, hoy en día más de la mitad de las mujeres y casi el 75% de los varones han tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 18 años.⁽¹²⁾

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos.⁽¹⁷⁾ Por ejemplo, la pubertad empieza en momentos sumamente distintos para las niñas y los niños, y entre personas del mismo género. En las niñas se inicia, como promedio, entre 12 y 18 meses antes que en los niños, las niñas tienen su primera menstruación generalmente a los 12 años. En los niños, la primera eyaculación ocurre generalmente hacia los 13 años. Hay indicios de que la pubertad está comenzando mucho más temprano y esto obedece, en gran parte, a las mejores condiciones de salud y nutrición. En el Perú de acuerdo a lo establecido en la Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA, se considera población adolescente a aquella cuya edad oscila entre los 12 y 17 años de edad.⁽¹⁸⁾

Así, se han registrado durante el pasado siglo muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales.

Puesto que existe una marcada diferencia entre los adolescentes más jóvenes y los mayores, la OMS divide esta etapa en adolescencia temprana y tardía.

La adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años)

Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser

motivo de ansiedad así como de entusiasmo para quienes están sufriendo la transformación. Los cambios internos también son profundos, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico, las células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental.⁽¹⁹⁾

Los adolescentes en esta etapa cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Debido a actos de intimidación o acoso, o participación en ellos, pueden sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual. Es por esto, que es importante que reciban apoyo de adultos responsables e información adecuada para protegerse del VIH, de otras infecciones de transmisión sexual, del embarazo precoz y de la violencia y explotación sexual.⁽²⁰⁾

La adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años)

Aunque el cuerpo sigue desarrollándose, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de quienes conforman su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendiente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones y decisiones. Sin embargo, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquieren en la temprana fase temeraria para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta. También, en mayor parte las mujeres, tienen propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina.⁽¹⁹⁾

A pesar de los riesgos, en esta etapa, los adolescentes establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea.⁽²⁰⁾

EMBARAZO ADOLESCENTE

Se define el embarazo adolescente como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica.⁽²¹⁾

La definición legal es igual a la definición médica, que para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma). El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.⁽²²⁾

El embarazo en la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del niño por nacer, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que causa. Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social.⁽²¹⁾

Aunque el embarazo afecta de muchas formas, la mayoría de los efectos son sobre la salud, la educación y la productividad económica.⁽²³⁾

- El efecto sobre la salud incluye los riesgos de muerte, enfermedades y discapacidad de la madre, que incluyen fístula obstétrica, las complicaciones de un aborto en condiciones de riesgo, infecciones de transmisión sexual, como el VIH, y riesgos para la salud del lactante.

- El efecto sobre la educación incluye la interrupción o terminación de la educación formal, que conlleva la pérdida de oportunidades para desarrollar todo su potencial.
- El efecto económico está estrechamente relacionado con el efecto sobre la educación e incluye la exclusión del empleo remunerado y la subsistencia, mayores costos para el sector de la salud y la pérdida de capital humano.

Como se puede ver, el embarazo en la adolescencia está asociado con diversos problemas biológicos, psicológicos, educativos y sociales tanto para la madre como para su hijo. Existen indicadores de que, dentro del propio grupo de adolescentes, las menores de 15 años son las que corren mayor riesgo.⁽²⁴⁾

En cuanto al efecto sobre la salud, la morbilidad en la gestación de la adolescente se puede clasificar por períodos de la misma. En la primera mitad destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática. En la segunda mitad del embarazo se encuentran los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con patologías placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, anemia, síntomas de parto prematuro, rotura prematura de membranas, desproporción cefalopélvica por desarrollo incompleto de la pelvis ósea materna y trabajo de parto prolongado.⁽²⁴⁾

Los problemas de salud de los hijos de madres adolescentes se relacionan con bajo peso al nacer, valoraciones bajas en el test de Apgar, traumatismo en el momento del nacimiento, problemas neurológicos y riesgo de muerte en el primer año de vida, el cual es dos veces mayor que en otras edades maternas. El hijo de madre adolescente es, sin duda, un niño que causa preocupación ya que se trata de un ser cuyo desarrollo se realiza bajo la dependencia de otro individuo que no ha completado el suyo, viéndose por ejemplo que, el 80% de los niños hospitalizados por desnutrición grave son hijos de madres adolescentes.⁽²⁴⁾

Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común; o tienen

lugar en situaciones de unión consensual, lo que generalmente termina con el abandono de la mujer y del hijo, configurando así el problema social de la madre soltera. Muchos de estos embarazos terminan en abortos practicados por personas sin la debida formación profesional y en condiciones sanitarias inadecuadas, ya que los servicios médicos especializados son escasos y costosos porque además el aborto es ilegal en nuestro país.⁽²⁵⁾

En países en desarrollo y desarrollados, los embarazos en adolescentes son más probables entre niñas de hogares de ingresos más bajos, niñas con niveles de educación más bajos y niñas que viven en zonas rurales. En circunstancias de exclusión social, pobreza, marginalización y desigualdad de género, donde no pueden gozar o ejercer plenamente sus derechos humanos básicos, o donde el acceso a la atención médica, escolarización, información, servicios y oportunidades económicas es limitado.⁽²⁶⁾

El embarazo en adolescentes es un problema social y de salud pública que afecta a la población más joven de nuestro país. La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin protección.

Las principales características para decir que el embarazo adolescente es un problema de salud pública son: La fecundidad en adolescentes que no ha disminuido con igual intensidad que la fecundidad global y el porcentaje de embarazo adolescente que se mantiene en la misma proporción, inclusive con un incremento según ENDES 2017. Otras características son:⁽²⁶⁾

a) Afecta en mayor grado a mujeres con bajo nivel educativo. Tiene mayor prevalencia entre las mujeres adolescentes con educación primaria, el 39.1% ya es madre y el 5.6% está embarazada del primer hijo.

b) Afecta en mayor grado a mujeres que residen en la Selva. El 19.1% de mujeres que reside en la Selva ya son madres y el 3.5% está embarazada del primer hijo. Son cinco los departamentos que tienen la mayor prevalencia de embarazo en adolescentes en el Perú, todos son de la región de la Selva.

c) Afecta en mayor grado a mujeres adolescentes del quintil de riqueza inferior. El 20.0% de las adolescentes que pertenecen al quintil inferior ya es madre y el 4,2% está embarazada de su primer hijo.

d) Afecta en mayor grado a las adolescentes que residen en el área rural. El 19.3% de adolescentes que reside en zonas rurales ya es madre y el 3,9% está embarazada de su primer hijo. Sin embargo, zonas metropolitanas del país como Lima, Callao, Piura y Trujillo presentan cifras al alza en los últimos años.⁽²⁶⁾

FACTORES DE RIESGO

Los adolescentes al ingresar a formar parte de la sociedad están expuestos a una serie de riesgos y peligros que van a afectar su desarrollo personal y su salud. Se debe entender como factor de riesgo según la OMS como: "cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión" ⁽²⁷⁾

Un trabajo proveniente de la tradición médica, aporta una interesante perspectiva sobre los factores de riesgo y de protección específicos al embarazo adolescente. Su revisión de literatura los lleva a identificar que los factores de riesgo, se ordenan en las dimensiones individual, familiar y social. En la dimensión individual, los factores que constituyen un mayor riesgo de exposición al inicio de actividad sexual son, entre otros, menarquia precoz, autopercepción de invulnerabilidad, baja autoestima, bajas aspiraciones educacionales, impulsividad, mala relación con los padres, carencia de compromiso religioso, uso de drogas, amistades permisivas en conducta sexual y uso marginal e inconsistente de métodos anticonceptivos. En la dimensión familiar se describen como factores de riesgo: estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad, madre poco accesible, madre con embarazo en la adolescencia, padre ausente y carencias afectivas. En la dimensión social, uno de los elementos asociados a la actividad sexual precoz es la erotización promovida por los medios de comunicación que ha contribuido a una declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad.⁽¹⁶⁾

En otro estudio, debido a los múltiples factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se logra agruparlos en 3 categorías:⁽¹⁾

1. Factores de riesgo individuales: Menarquía precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.

2. Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.

3. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes.

Y un trabajo realizado por Poo, logró determinar la influencia de cada uno de estos grupos de factores de riesgo, en donde destaca la gran importancia de los factores individuales presentando una frecuencia de 71,6%, mientras que los factores familiares presentaron un 20,3% y los sociales un 11,6%.⁽¹⁾

También vemos que existe un enfoque “ecológico” del embarazo en adolescentes, que tiene en cuenta toda la gama de factores complejos que influyen en estos embarazos. Este modelo muestra que los embarazos en adolescentes no ocurren en un espacio vacío, sino que son la consecuencia de un conjunto de factores que interactúan, como la pobreza generalizada, la aceptación del matrimonio infantil por parte de la comunidad y la familia, y los esfuerzos inadecuados para mantener a las niñas en la escuela.⁽²³⁾

Este enfoque está dividido: A nivel nacional (leyes que limitan el acceso a los métodos anticonceptivos, leyes que no se hacen cumplir contra el matrimonio infantil, decadencia económica, pobreza, subinversión en el capital humano de las

niñas, inestabilidad política, crisis humanitarias y desastres). A nivel comunidad(actitudes negativas sobre la autonomía de las niñas, actitudes negativas con respecto a la sexualidad adolescente y el acceso a los métodos anticonceptivos, disponibilidad limitada a los servicios adecuados para los jóvenes, falta de atención prenatal y postnatal para las madres jóvenes, clima de coacción y violencia física). A nivel escuela/pares(obstáculos para que la niña asista a la escuela o permanezca en la escuela, falta de información o falta de acceso a una educación sexual completa de calidad, presión del grupo, actitudes negativas con respecto al género y conductas riesgosas de la pareja). A nivel familia(expectativas negativas para las hijas mujeres, poco valor por la educación, especialmente, para las niñas, actitudes favorables con respecto al matrimonio infantil). A nivel individual(edad de pubertad y debut sexual, crianza de las niñas para que busquen la maternidad como única opción en la vida, valores de desigualdad de género internalizados, desconocimiento de que las capacidades están en desarrollo).⁽²³⁾

FACTORES INDIVIDUALES

En consecuencia de la información recopilada, se ha podido dividir los factores individuales del embarazo adolescente en las siguientes dimensiones:

Características sociodemográficas personales:

Edad: Es importante conocer este factor porque el embarazo es más vulnerable a mayor cercanía de la menarquía. Recién después de 5 años de edad ginecológica, la joven alcanza su madurez reproductiva. Las afecciones maternas, perinatales y del recién nacido son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años y, sobre todo, en los grupos de edades más cercanos a la menarquía (menor de 15 años). Los riesgos médicos en las madres adolescentes determinan elevación de la morbilidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de edades entre 20-29 años.⁽²⁸⁾

También se observan los resultados de ENDES 2016-2017 que muestran el rápido incremento en la proporción de mujeres que inician el proceso de procreación al aumentar la edad, desde un 2,9% entre las de 15 años hasta el 26,4% en las de 19 años de edad.⁽⁴⁾

Estado civil: La convivencia con la pareja o estar casado ha sido asociado por la literatura con el embarazo, ya que se relaciona el deseo de tener un hijo en estas parejas de adolescentes. La Doctora Carmen de la Cuesta en su estudio "Tomarse el amor en serio"; muestra cómo los factores sociales, la convivencia con la pareja y las emociones inciden en el embarazo.⁽⁹⁾

Alrededor del 16 % de las niñas en los países en desarrollo (sin contar a China) se casan antes de los 18 años, y una de cada nueve niñas se casa antes de los 15 años. El matrimonio infantil persiste por distintos motivos, que incluyen las tradiciones locales o la creencia de los padres de que así podrán asegurar el futuro de su hija. Pero lo más frecuente es que el matrimonio ocurra como consecuencia de la falta de opciones. Las niñas casadas suelen estar presionadas para quedar embarazadas inmediatamente después o al poco tiempo de casarse, aunque no estén preparadas y tengan poco conocimiento sobre sexo o reproducción.⁽²³⁾

Nivel educativo: Los bajos niveles de educación y la falta de acceso a servicios de calidad de salud sexual y reproductiva aumentan las probabilidades del embarazo precoz no planificado. Un estudio realizado en países africanos francófonos mostró que solo entre un 5 y 10 por ciento de las niñas abandonan la escuela -o son expulsadas- debido al embarazo, mientras que la mayoría la abandona a causa del matrimonio o la unión y a que luego quedan embarazadas. También hay investigaciones que sugieren que las niñas embarazadas ya tenían resultados escolares deficientes antes de quedar embarazadas, y que este bajo rendimiento escolar sumado a las escasas aspiraciones educativas de las niñas pueden aumentar la probabilidad de un embarazo precoz.⁽²⁹⁾

En el Perú, el embarazo en adolescentes es seis veces más alto entre las adolescentes de nivel educativo secundario (37.9%) con respecto a las que tienen nivel educativo superior (6.1%). (18) Se ha identificado además en población adolescente de Perú y Colombia, una asociación significativa del embarazo y no estudiar o tener una baja escolaridad, generando un efecto negativo en la superación de la pobreza en esos contextos, presentando también dificultades para reinsertarse al sistema escolar, lo cual propicia el no tener los elementos necesarios para la toma de decisiones de manera libre e informada, y por lo tanto aumenta la probabilidad de un nuevo embarazo no deseado.⁽³⁰⁾

Ocupación: Autores plantean que el embarazo en adolescentes obedece al inicio temprano de labores domésticas y a la incertidumbre sobre las perspectivas de mejores empleos, ya que estas adolescentes tienen un rol bien diferenciado, con respecto a las que se ocupan en actividades académicas.⁹ Algunas de ellas consideran que las responsabilidades del trabajo doméstico y el cuidado de niños las preparó para cumplir con el rol de esposas y madres que adquirieron a muy temprana edad. Pero si ellas realmente tuvieran otras opciones accesibles, distintas al matrimonio y a la maternidad, probablemente no valorarían de la misma forma su incursión temprana en el trabajo doméstico. Tal vez este tendría un valor más relacionado con la formación de hábitos y no tanto con la asunción de una responsabilidad u obligación de género basada en la división sexual del trabajo.⁽³¹⁾

Comportamiento sexual

Menarquía

Precoz: La menarquía o primer sangrado menstrual es el evento final de la secuencia normal del desarrollo puberal en la niña que se inicia con la telarquia o crecimiento mamario, luego la pubarquia o desarrollo del vello pubiano y finalmente ocurre la menarquía o primera menstruación que en el 90% de las adolescentes es cuando la edad ósea es de 13 años. Cuando la menarquía se

presenta antes de los 11 años se considera que es una edad temprana de la menarquía.⁽³²⁾

Tardía: La ausencia de menstruación o amenorrea puede corresponder a un proceso fisiológico, como ocurre al inicio de la pubertad o puede ser la primera manifestación de un proceso patológico. La amenorrea puede ser primaria o secundaria, dependiendo si ocurre antes o después de la menarquía, respectivamente. La amenorrea primaria se define como ausencia de menarquía después de los 13 años sin desarrollo de caracteres sexuales secundarios, o después de los 15 años con desarrollo de caracteres sexuales secundarios. Dentro de esta definición se consideran aquellas pacientes sin menarquía después de 3 a 5 años de iniciado el desarrollo mamario o telarquia. La amenorrea secundaria se define como la ausencia de flujo menstrual luego de 3 ciclos o 6-12 meses.⁽³³⁾

Dentro de las teorías que explicarían la asociación entre la edad de la menarquía y conductas de riesgo, está que el desarrollo puberal se presenta durante la adolescencia inicial (10 a 13 años), caracterizado por rápidos cambios físicos, lo que llevaría a una inadecuada autopercepción, asociado al impulso de experimentación y búsqueda de identidad, donde los pares toman gran importancia, habiendo un distanciamiento de la familia. Así, aquellas adolescentes que se desarrollan primero presentarían un retraso de la madurez psicosocial en relación a la física.⁽³⁴⁾

Inicio de relaciones sexuales: La aprobación de las relaciones sexuales por parte de adolescentes se ve influenciada por su ambiente y contexto social, comportamiento de pares o amigos y percepción que tienen los adolescentes de la presión existente por parte de estos, para tener o no relaciones sexuales a su edad. Se ha encontrado que el rechazo de los pares se asocia indirectamente con un riesgo más elevado de actividad sexual (AS) temprana por su vinculación con la baja autoestima, pero sólo para las niñas.⁽³⁵⁾

El inicio de la AS cada vez ocurre a más temprana edad, registrando promedios de edad de inicio de 13,5 a 16 años. Este inicio tan precoz de la AS, aumenta el riesgo de tener un número mayor de parejas sexuales y con ello sus riesgos (enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados). En América Latina y El Caribe (ALC), aproximadamente 50% de los adolescentes menores de 17 años son sexualmente activos y 53-71% de mujeres tuvieron relaciones sexuales antes de los 20 años. La edad del primer coito es de aproximadamente 15-16 años para las jóvenes de muchos países de ALC, mientras para otros, es tan temprana como los 10-12 años. En el Perú, en el 2016, entre jóvenes mujeres de 20 y 24 años; el 7,7% tuvo su primera relación antes de cumplir 15 años, 44,8% antes de cumplir 18 años y 68,4% antes de cumplir 20 años.⁽³⁶⁾

Andría: Relacionado a la edad en la que se inician las relaciones sexuales, ya que mientras más temprano inicien las relaciones coitales, mayor será el número de parejas sexuales y con esto, mayores las probabilidades de un embarazo adolescente.

Embarazos anteriores: Según ENDES 2014, en promedio un 23% de las mujeres entre 20-29 años que reportan ser madres en la adolescencia tienen un segundo hijo nacido vivo durante esta etapa. Este porcentaje se incrementa al 37% en las zonas rurales, 33% en la región de la Selva y un 35% en el estrato socioeconómico más bajo. Sin embargo, debe destacarse que el porcentaje de ocurrencia del evento de ser madre por segunda vez en la adolescencia se redujo al 2014, pasando a nivel nacional de un 48% a un 27%, pero no deja de ser preocupante la ocurrencia diferencial de este suceso por zonas y regiones de residencia así como por el estrato socioeconómico. En conclusión, según estos datos, es muy probable que las adolescentes tengan más hijos en cortos intervalos de tiempo y se incrementa la probabilidad de reportar una mayor paridad.⁽³⁷⁾

Uso de métodos anticonceptivos: Los adolescentes frecuentemente tienen comportamientos sexuales de riesgo al no tener una adecuada información sobre los métodos anticonceptivos (MAC) y actuarán basados en las opiniones y

conceptos que pueden estar plagados de mitos y criterios erróneos en la mayoría de las ocasiones. También es posible que no utilicen de forma sistemática y correcta los MAC, las relaciones sexuales no son planificadas y esporádicas, y es probable que no se protejan.⁽³⁸⁾

En el estudio casos y controles de Sánchez Valencia; cuando se analiza el uso de métodos de planificación familiar en todas las relaciones sexuales, el 45,7% adolescentes control (adolescentes con ningún embarazo) respondieron afirmativamente, mientras esto ocurrió en 21,2% de las adolescentes caso (adolescentes alguna vez embarazadas). El 62,5% de todas las adolescentes del estudio no usaban en todas sus relaciones métodos de planificación familiar y entre estas, el 17% nunca habían usado ningún método de planificación familiar.⁽¹⁰⁾

Varios determinantes han sido implicados con el embarazo en adolescentes, dentro de estos, un 81% de adolescentes ha usado un método anticonceptivo alguna vez en su vida, pero sólo 10% los usa en su primera relación sexual, siendo este uno de los determinantes más importantes para embarazos precoces.⁽³⁵⁾

Aspecto emocional

Autoestima: La autoestima es el sentimiento de aceptación y aprecio hacia uno mismo que está unido al sentimiento de competencia y valía personal. Muchos jóvenes tienen ideas erróneas acerca de la sexualidad pero buscar y obtener asesoría, consejo y servicios en materia de salud sexual y reproductiva se les hace muy difícil debido a su inexperiencia. Se ha demostrado que, en la mayoría de los casos, la base de toda esta problemática es de orden psicológico, por lo que la baja autoestima es sin duda el factor más señalado y comprobado como agente fundamental. A partir de estas circunstancias deriva la mayoría de conductas de riesgo para un embarazo temprano y por ello es necesaria la intervención a nivel profundo en la autoestima de las adolescentes.⁽²⁴⁾

Proyecto de vida: Para prevenir un embarazo no deseado en la adolescencia, se puede fomentar la construcción de un proyecto de vida que le permita al adolescente ir dando pasos para conformarlo, incluyendo la toma de conciencia de su sexualidad y de las medidas de autocuidado, prevención y toma de decisiones que requiere para ir realizando y cumpliendo con su proyecto de vida.⁽³⁹⁾ Entonces, la imaginación sobre el futuro es un importante factor protector, aunque sin duda no es suficiente a la hora de practicar el autocuidado y, en general, de ejercer los derechos sexuales y reproductivos. Los estudios nos dan pistas para desmitificar consensos generales, como que no existe suficiente información sobre métodos de planificación familiar, o que el embarazo es deseado por la ausencia de proyectos de vida, o que la adolescencia es un período en el que la persona se siente fascinada por el riesgo y no evalúa las consecuencias de las relaciones sexuales.⁽⁴⁰⁾

Por otra parte, es sabido que en contextos de pobreza y violencia estructural la construcción de sueños y proyectos de vida se ve duramente confrontada por realidades en las que las posibilidades de movilidad social y de construcción de un futuro propio y diferente frente a la realidad de los padres, son mínimas.⁽⁴⁰⁾

FACTORES FAMILIARES

Pérdida de familiar significativo

Se ha reportado que la adolescente que queda embarazada tempranamente suele haberse criado en circunstancias familiares poco favorables, como desintegración familiar, imagen paterna distante y/o negativa, pérdida de figuras significativas, así como conflicto y rigidez intrafamiliares.⁽³¹⁾

Características de los padres

Estado civil: La ausencia de una familia funcional en el seno del desarrollo del adolescente genera una carencia afectiva que una adolescente por lo general no

sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.⁽¹⁾

Cuando existe separación entre los padres, es común que la relación entre padres e hijos se vea alterada y, en ocasiones, se pierda. Tras este hecho, las adolescentes suelen presentar episodios de enojo, malestar y ansiedad.

En algunos casos, las adolescentes fueron encargadas con los abuelos como consecuencia de la separación, porque la madre tuvo que buscar un trabajo en otro lugar. En otros, una nueva unión de la madre fue la causa de que las adolescentes fueran “abandonadas” a la custodia de los abuelos. La relevancia del abandono se vincula con la experiencia de los hijos de sentir amenazada su seguridad y a su vez, se conecta con una falta de capacidad de adaptación a nuevas situaciones, así como a deficiencias para generar condiciones de bienestar psicosocial. Siendo el abandono de la madre, el más trascendente en la vida de las adolescentes.⁽³¹⁾

Nivel educativo: Se plantea que la falta de educación de los padres hacia los hijos en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, está asociado con la probabilidad de un embarazo precoz en sus hijas; así, el nivel educativo de los padres es un factor importante en el entendimiento de esta problemática.⁽⁴¹⁾

En el estudio de Sánchez Valencia⁽¹⁰⁾, las adolescentes embarazadas o con hijos, tuvieron en mayor proporción madres con baja escolaridad, hecho que mostró asociación a su embarazo.

Por otro lado, los adolescentes que tienen padres más educados tienen menos riesgo de inicio sexual temprano y esto porque generalmente, los padres con mayor educación tienen mejores aspiraciones educativas para sus hijos y reconocen la dificultad de combinar logros educativos y maternidad temprana, desanimando la actividad sexual en sus hijas.⁽⁴²⁾

Antecedentes de embarazo adolescente.

Diversos estudios demuestran que ser hija de madres adolescentes es un factor predisponente que aumenta el riesgo de embarazo en la adolescencia, ya que estas niñas provienen de familias donde probablemente el embarazo en la adolescencia es una tradición a cumplir y no un problema de salud.⁽⁴³⁾

También se ha mostrado que las hijas de madres adolescentes tienen entre un 66% y dos veces más el riesgo de llegar a ser madres adolescentes y que se embarazan incluso a edades más tempranas que sus propias madres. Estas adolescentes, al repetir el patrón reproductivo suman más obstáculos a sus ya escasas posibilidades de desarrollo social cerrando de esta manera el círculo de reproducción de la pobreza.⁽⁴⁴⁾

FACTORES SOCIALES

Nivel socioeconómico

Ingreso económico familiar mensual - hacinamiento:

Niñas que fueron criadas en hogares pobres —medido esto a través de un índice que abarca la calidad de la casa, acceso a servicios básicos y tenencia de bienes durables— tienen mayor probabilidad de ser madres adolescentes. Detrás de esa asociación puede haber múltiples razones, como restricciones económicas de la familia que reducen la inversión en educación formal e incrementan la posibilidad del trabajo infantil; además de diferencias en las preferencias de los hogares (valor que se le da a la educación) y en el acceso a información, desanimando esto a los adolescentes a tener logros profesionales y evitar la maternidad adolescente.⁽⁴⁵⁾

En Perú el 2017, el ingreso promedio per cápita mensual fue 237 soles para el quintil 1, 467 soles para el quintil 2, 707 soles para el quintil 3, 1056 soles para el quintil 4 y 2344 soles para el quintil 5.⁽⁴⁾ Y según ENDES 2017⁽³⁶⁾ los mayores porcentajes de adolescentes embarazadas por primera vez o que ya son madres,

se encuentran en los quintiles más bajos y el menor porcentaje en el quintil 5, notándose así que sí existiría una estrecha relación entre la pobreza y el embarazo adolescente.

Características de la vivienda

Zona donde se ubica: Un factor asociado con la fecundidad adolescente es el medio en que crece y se desarrolla la mujer. Se observa de forma regular que los embarazos adolescentes son más frecuentes en comunidades menos escolarizadas y en áreas rurales. Una posible razón para esto, sería que las uniones matrimoniales ocurren a más temprana edad.⁽²⁴⁾

Según ENDES 2017, la tasa de fecundidad adolescente fue más alta en el área rural, que en el área urbana teniéndose 117 y 46 nacimientos por cada 1 000 adolescentes de 15 a 19 años de edad respectivamente. Se observa que a pesar de los esfuerzos realizados para cumplir con la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, aún se mantienen las brechas al interior de nuestro país, que se expresa en 71 nacimientos más en el área rural que en el área urbana.⁽⁴⁾

En el mundo hay millones de adolescentes que mueren o contraen enfermedades por causas prevenibles. Las dos causas principales de defunción de mujeres entre 15 y 19 años son el suicidio y las complicaciones durante el embarazo y el parto. Esto se debe a que muy pocos tienen acceso a información y asesoramiento y a servicios integrados orientados a los jóvenes, y en particular a servicios de salud sexual y reproductiva, sin tropezar con discriminaciones u otro tipo de obstáculos.⁽²⁾

Las consecuencias del embarazo en la adolescencia no solo son sobre su salud sino tienen también repercusión social, estudios mundiales demuestran que el embarazo en la adolescencia contribuye a la perpetuación del ciclo de la pobreza cuyo efecto se traduce en falta de oportunidades y disminución de las perspectivas futuras de vida de la adolescente embarazada, colocándolas en una posición más difícil para alcanzar sus logros educativos, ocupacionales y socio-económicos.⁽⁴³⁾

A pesar de las múltiples intervenciones, el número de embarazos no ha variado mucho, considerándose por este motivo un problema de salud pública. Las investigaciones señalan que ningún programa es capaz de reducir los factores de riesgo asociados al problema y que su efectividad dependerá de la claridad del propósito, objetivos y metas de las intervenciones. Probablemente esto se deba a que los estudios sobre embarazo en adolescentes se han centrado en las prácticas sexuales de los adolescentes en general, otros en las consecuencias y resultados desde el punto de vista físico o emocional de dichos embarazos. Sin embargo, ha sido limitado el estudio y sobre todo la comprensión de los factores que poseen en particular los adolescentes para tener un embarazo en la adolescencia.⁽²⁶⁾⁽⁶⁾

En la literatura académica se indica la necesidad de llevar a cabo mayor cantidad de estudios en dicho sentido. También recomiendan que los programas tengan la capacidad de influir en alguna medida en los patrones culturales de la comunidad en relación al embarazo en la adolescencia, así como a comprometer a las madres y padres de familia, las escuelas y la comunidad en su conjunto para mejorar la respuesta nacional frente a la problemática.⁽²⁶⁾

Es por esos motivos, que este estudio es relevante, porque tiene como objetivo determinar los factores de riesgo en el embarazo adolescente para así intervenir con mayor precisión, y permitirá buscar estrategias de prevención de embarazos no deseados y sus posibles complicaciones, siendo estas muy frecuentes por el hecho de no haberse completado una madurez integral.

Por lo anteriormente expuesto se planteó la siguiente pregunta como problema de investigación: **¿Cuáles son los factores de riesgo del embarazo en adolescentes gestantes y no gestantes del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2018?**

1.1 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Adolescencia: Etapa de la vida que transcurre entre los 10 y 19 años, la cual se divide en dos etapas o fases, la adolescencia temprana de 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años. Donde se adquiere la capacidad reproductiva.⁽⁴⁶⁾

Embarazo adolescente: Es el proceso que se inicia con la fecundación y concluye con el nacimiento de un nuevo ser. Ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la primera menstruación, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen. O simplemente, según la OMS, el que ocurre entre los 10 y 19 años.⁽⁴⁶⁾

Factor de riesgo: Es una característica, condición o comportamiento que aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad o sufrir una lesión.⁽²⁷⁾

Factores individuales: Son aquellos que tienen que ver con las características sociodemográficas, el comportamiento sexual y el aspecto emocional de las personas.⁽¹¹⁾

Factores familiares: Son aquellos que se basan en el ambiente primario donde se desarrolla el adolescente; las características de los padres, pérdida de algún familiar significativo y antecedentes de embarazo en la familia.⁽¹¹⁾

Factores Sociales: Son aquellos afectan al adolescente en su conjunto, como son el nivel socioeconómico y las características de su vivienda.⁽¹¹⁾

1.2 OBJETIVOS

Objetivo general

- Establecer los factores de riesgo del embarazo en adolescentes gestantes y no gestantes, Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2018.

Objetivos específicos

- Determinar los factores individuales asociados al embarazo en adolescentes gestantes y no gestantes.
- Identificar los factores familiares asociados al embarazo en adolescentes gestantes y no gestantes.
- Describir los factores sociales asociados al embarazo en adolescentes gestantes y no gestantes.

1.3 HIPÓTESIS

Hipótesis general

- Existen factores de riesgo del embarazo en adolescentes gestantes y no gestantes, Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2018.

Hipótesis específicas

- Existen factores individuales asociados al embarazo en adolescentes.
- Existen factores familiares asociados al embarazo en adolescentes.
- Existen factores sociales asociados al embarazo en adolescentes.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo: Observacional, porque solo se recogieron los datos como ocurrieron en la realidad, sin modificarlos.

Diseño: Analítico, de caso-control porque describe los datos obtenidos buscando relacionarlos y asociar sus categorías mediante el estudio de dos grupos, casos (adolescentes embarazadas) y controles (adolescentes no embarazadas), mediante la comparación con respecto a la frecuencia con que el factor se halla presente en cada grupo. De corte transversal porque los datos son recolectados en un solo momento, en un tiempo único y con enfoque mixto.

2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Adolescentes que acuden a los consultorios de obstetricia en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita.

2.3 MUESTRA DE ESTUDIO

Tamaño muestral:

57 adolescentes, entre gestantes y no gestantes que acuden al servicio de obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita. Se consideraron 19 Adolescentes gestantes (caso) y 38 Adolescentes no gestantes (control).

Cálculo del tamaño de muestra: Para el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para estudio de casos y controles no pareados, tomando en cuenta un estudio previo (9). Se consideró un nivel de confianza de 95%, error absoluto de 5% y la prevalencia de los factores de riesgo. El cálculo se realizó con el programa de libre acceso en la web OpenEpi (http://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm).

Muestreo: Probabilístico, aleatorio simple.

Criterios de inclusión:

Casos

- Adolescentes gestantes que se atienden en el servicio de obstetricia del centro de salud materno infantil Santa Anita.
- Adolescentes no gestantes que ya son madres, y lo fueron durante la misma etapa.
- Adolescentes que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

Controles

- Adolescentes sin gestación que nunca han gestado, que se atienden en el servicio de obstetricia del centro de salud materno infantil Santa Anita.
- Adolescentes que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

casos y controles:

- Adolescentes con alguna discapacidad mental que les impida responder.
- Adolescentes analfabetas.

Criterios de eliminación:

casos y controles:

- Adolescentes que no completen las preguntas del cuestionario.

2.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Variable independiente:

Factores de riesgo: Presencia de características de una adolescente que aumentan la probabilidad de un embarazo en ésta etapa.

Variable dependiente:

Embarazo adolescente: Presencia de embarazo entre los 10 y 19 años.

2.5 TÉCNICA E INSTRUMENTOS

Técnica:

La técnica utilizada fue la entrevista personalizada aplicada a las adolescentes del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita a través de preguntas en un cuestionario.

Instrumentos:

Se utilizaron tres instrumentos, el primero fue un cuestionario validado sobre factores asociados al embarazo adolescente extraído del estudio de Luna, S. y López, L. ⁽¹⁴⁾ (Ver Anexo 1). El segundo fue la escala de autoestima Rosemberg (Ver Anexo 2) y el tercero, un cuestionario sobre proyecto de vida con 5 preguntas abiertas, extraído del estudio de Fierro, J y Vega, D. Titulado: Construcción de un proyecto de vida, como estrategia de atención y prevención a embarazo en adolescentes. Colegio departamental Enrique Pardo Parra, Cota(Cundinamarca),2006. (Ver Anexo 3).

Además, se le entregó a cada persona antes de la participación un Formulario de Consentimiento Informado. (Ver anexo 4)

Cuestionario sobre factores asociados al embarazo adolescente

Cuenta con 21 ítems, dentro del cual, para identificar los factores individuales se indaga a cerca de las características sociodemográficas personales (preg. 1, 2, 3 y 4) y el comportamiento sexual (preg 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12). Para los factores familiares, se pregunta a cerca de los antecedentes de embarazo adolescente (preg. 13 y 14), características de los padres(preg. 15 y 16) y pérdida de algún familiar significativo(preg. 17 y 18). Para evaluar los factores sociales se indaga por las características de la vivienda (preg. 19 y 20) y el nivel socioeconómico (preg. 21).

Para conocer el aspecto emocional de las adolescentes se aplicaron los siguientes instrumentos:

Escala de autoestima Rosenberg

Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada, considerada como a autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Cuestionario sobre proyecto de vida

Este cuestionario se compone de 5 preguntas abiertas, las cuales indagan a cerca del conocimiento que tienen las adolescentes respecto al proyecto de vida y su importancia.

2.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

En la ejecución de la presente investigación se procedió a solicitar la aprobación al comité de investigación de la Escuela Académica Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, y una vez aceptada se recibió una resolución emitida por Decanato de la Universidad de la aprobación del proyecto.

Aprobado el proyecto, se solicitó permiso a las autoridades del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita para proceder con la recolección de datos mediante la encuesta.

Se brindó un consentimiento informado, donde se especificó al adolescente que formará parte del estudio, la información necesaria sobre la investigación, así como los beneficios de participar en el estudio, el aporte del mismo y los riesgos.

Habiendo aceptado participar en el estudio, se hizo entrega del cuestionario para su posterior resolución (Con supervisión del encuestador por si presentaran alguna interrogante). El tiempo de llenado aproximado de la encuesta fue de 15 a 20 minutos. Luego se procedió a su recojo para su posterior cuantificación y análisis.

La información obtenida mediante los cuestionarios fue ingresada a una base de datos utilizando la hoja de cálculos informáticos (Microsoft Office Excel 2010) y SPSS versión 23, con el fin de organizarlos en una tabla que permita acceder a los resultados de una manera clara y entendible.

Para los casos (adolescentes embarazadas) y los controles (adolescentes no embarazadas) se determinaron las proporciones de las variables categóricas de estudio y se compararon mediante la prueba de asociación Chi-cuadrado de Pearson que evalúa la relación entre estas. Se asumió como factor asociado al valor p menor a 0.05.

2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Por las características del estudio se solicitará un consentimiento y/o asentimiento informado, a fin de tener presente en todo momento de la investigación los principios de bioética. Se garantizará la autonomía del estudio, solicitando la firma del consentimiento informado; la beneficencia – no maleficencia, explicando el uso de la información a recolectar y la confidencialidad de los adolescentes, ya que ninguno de los instrumentos de recolección de datos contenía algún apartado que identifique al participante.

3. RESULTADOS

Según datos del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, el número de atenciones a adolescentes en el servicio de obstetricia el año 2017 fue 393. Con esa referencia, en este estudio se entrevistaron a 57 adolescentes durante el periodo de recolección de datos; donde 19 eran las adolescentes caso (con gestación) y 38 adolescentes control (sin gestación).

En la tabla 1, vemos las características personales de las adolescentes encuestadas en general, donde:

El 68.42% no estaba gestando y el 31.58% sí.

Respecto al estado civil; el 75.44% eran solteras y el 24.56% conviviente.

A cerca del grado de instrucción; el 54.39% tenían secundaria incompleta, el 31.58% secundaria completa y 14.04% primaria completa.

Para ocupación; el 57.89% era estudiante, el 19.30% empleada, el 17.54% ama de casa y el 5.26% ambulante.

El 29.82% ha utilizado métodos anticonceptivos alguna vez y el 70.18% nunca lo ha hecho.

En cuanto a los métodos anticonceptivos utilizados; el 12.28% utilizó preservativos, el 10.53% pastillas y el 7.02% pastillas. Pero el 70.18% no había utilizado algún método. (Ver Tabla 1)

En la tabla 2, se muestra que las edades de las adolescentes encuestadas estuvieron entre 14 y 19 años, con una media de 16.89. La edad de la primera menstruación osciló entre los 9 y 16 años, con una media de 12.59. Respecto a la edad de la primera relación sexual, se encontró entre los 14 y 18 años, con una media de 16. Y el número de parejas sexuales tuvo una media de 1, con un mínimo de 0 y un máximo de 6 parejas. (Ver Tabla 2)

Tabla 1. Características personales de las adolescentes estudiadas

	n	%
Se encuentra gestando al momento del estudio		
Si	18	68.42
No	39	31.58
Estado civil		
Casada	0	0.00
Conviviente	14	24.56
Soltera	43	75.44
Grado de instrucción		
Analfabeta	0	0.00
Primaria completa	8	14.04
Primaria incompleta	0	0.00
Secundaria completa	18	31.58
Secundaria incompleta	31	54.39
Ocupación		
Estudiante	33	57.89
Empleada	11	19.30
Ama de casa	10	17.54
Ambulante	3	5.26
Uso de métodos anticonceptivos		
Si	17	29.82
No	40	70.18
Tipo de método		
Pastillas	6	10.53
Preservativos	7	12.28
Inyectables	4	7.02
Otros	0	0.00
Ninguno	40	70.18
Total	57	100.00

Fuente: Instrumento aplicado a las adolescentes del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2018.

Tabla 2. Valores de tendencia central y dispersión en las adolescentes estudiadas.

	Media	D.S	Min	Max
Edad	16.89	1.47	14	19
Edad de la primera menstruación	12.59	1.39	9	16
Edad de su primera relación sexual	16	1.24	14	18
Número de parejas sexuales*	1	2	0	6

Fuente: Instrumento aplicado a las adolescentes del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2018.

Factores individuales

En la tabla 3, se encuentra que el 100% de las adolescentes control son solteras, sin embargo, en las adolescentes caso se encuentra que el mayor porcentaje tienen estado civil conviviente (73.68%) y solo el 26.32% es soltera. Por lo tanto, con un p de <0.001 el estado civil está asociado a embarazo adolescente ($p < 0.05$).

Respecto al grado de instrucción:

Las adolescentes caso en su mayoría cuentan con secundaria completa (57.89%) y un menor número con secundaria incompleta (26.32%) y primaria completa (15.79%).

Frente a las adolescentes control donde en mayor número cuentan con secundaria incompleta (68.42%) y en menor proporción con secundaria completa (18.42%) y primaria completa (13.16%).

Siendo así el grado de instrucción con un p de 0.005, un factor asociado al embarazo adolescente ($p < 0.05$).

A cerca de ocupación:

Las adolescentes caso; en su mayoría son amas de casa (42.11%) y estudiantes (31.58%), y en menor número son empleadas (15.79%) y ambulantes (10.53%).

Frente a las adolescentes control donde; La mayoría son estudiantes (71.05%) y empleadas (21.05%), y en menor número son amas de casa (5.26%) y ambulantes (2.63%).

Por ende, con un p de 0.005, ocupación está asociado a embarazo adolescente ($p < 0.05$).

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos:

Las adolescentes caso, sí habían utilizado algún método anticonceptivo alguna vez en un 52.63% y el 47.37% no lo había hecho.

Frente a las adolescentes control donde la mayoría (81.58%) no ha utilizado algún método anticonceptivo y en menor proporción sí lo han hecho (18.42%).

Por lo tanto, con un p de 0.008, el uso de métodos anticonceptivos está asociado a embarazo adolescente ($p < 0.05$). (Ver Tabla 3)

Tabla 3. Factores individuales asociados al embarazo adolescente

	Adolescente				Chi ²	p [†]
	Embarazada		No embarazada			
	n	%	n	%		
Estado civil						
Casada	0	0.00	0	0	37.12	<0.001
Conviviente	14	73.68	0	0		
Soltera	5	26.32	38	100.00		
Grado de instrucción						
Analfabeta	0	0.00	0	0.00	10.44	0.005
Primaria completa	3	15.79	5	13.16		
Primaria incompleta	0	0.00	0	0.00		
Secundaria completa	11	57.89	7	18.42		
Secundaria incompleta	5	26.32	26	68.42		
Ocupación						
Estudiante	6	31.58	27	71.05	14.89	0.002
Empleada	3	15.79	8	21.05		
Ama de casa	8	42.11	2	5.26		
Ambulante	2	10.53	1	2.63		
Uso de métodos anticonceptivos						
No	9	47.37	31	81.58	7.08	0.008
Si	10	52.63	7	18.42		
Total	19	(100)	38	(100)		

Fuente: Instrumento aplicado a las adolescentes del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2018.

En la tabla 4, respecto a la edad de las adolescentes caso, la media es de 17.89 años, mientras en las adolescentes control es de 16.39 años. Con un $p < 0.001$ la edad está asociada a embarazo adolescente ($p < 0.05$).

La edad de la primera relación sexual, con una media de 16.37 años en las adolescentes caso y 15.42 años en las adolescentes control, también está asociada a embarazo adolescente con un p de 0.039 ($p < 0.05$).

En cuanto al número de parejas sexuales, la media en las adolescentes caso es 1.95 y en las adolescentes control es 0.45. Con un $p < 0.001$, está asociado a embarazo adolescente ($p < 0.05$).

A cerca de la edad de la primera menstruación, se tiene como media en las adolescentes caso 13 años y en las adolescentes control 12.39 años. Con un p de 0.125, la edad de la primera menstruación no está asociada a embarazo adolescente ($p > 0.05$). (Ver Tabla4)

Tabla 4. Factores individuales relacionados al embarazo adolescente

	Adolescente				p [†]
	Embarazada		No embarazada		
	Media	D.S	Media	D.S	
Edad	17.89	1.24	16.39	1.33	<0.001
Edad de la primera menstruación	13	1.37	12.39	1.39	0.125*
Edad de su primera relación sexual	16.37	1.34	15.42	0.79	0.039
Número de parejas sexuales	1.95	1.22	0.45	0.76	<0.001

Fuente: Instrumento aplicado a las adolescentes del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2018.

Factores familiares

En la tabla 5, dentro de los factores familiares, se puede observar que el grado de instrucción de los padres con un p de 0.002 y que algún miembro de la familia haya tenido un embarazo en la adolescencia con un p de 0.021, están asociados a embarazo adolescente ($p < 0.05$).

Respecto al grado de instrucción de los padres, en el grupo caso la mayoría tenía secundaria incompleta (36.84%) y primaria incompleta (21.05%), frente al grupo control donde en mayor número tenían secundaria completa (65.79%) y secundaria incompleta (26.32%).

En cuanto a si algún familiar tuvo embarazo en la adolescencia, en el grupo caso se presentó en mayor proporción en la mamá con 47.37% y en el grupo control en ningún familiar con 44.74%.

El fallecimiento de un familiar y el estado civil de los padres, no tuvieron asociación con el embarazo adolescente ya que presentaron un p de 0.151 y 0.411 respectivamente ($p > 0.05$). (Ver Tabla 5)

Tabla 5. Factores familiares asociados al embarazo adolescente

	Adolescente				Chi ²	p [†]
	Embarazada		No embarazada			
	n	%	n	%		
Fallecimiento de familiar						
Padre	3	15.79	1	2.63	3.77	0.151
Madre	0	0.00	1	2.63		
Ninguno	16	84.21	36	94.74		
Estado civil de los padres						
Casados	4	21.05	12	31.58	1.78	0.411
Convivientes	7	36.84	8	21.05		
Divorciados/Separados	8	42.11	18	47.37		
Grado de instrucción de los padres						
Analfabeta	2	10.53	0	0.00	17.42	0.002
Primaria completa	3	15.79	2	5.26		
Primaria incompleta	4	21.05	1	2.63		
Secundaria completa	3	15.79	25	65.79		
Secundaria incompleta	7	36.84	10	26.32		
Algún miembro tuvo un embarazo durante la adolescencia						
Ninguno	6	31.58	17	44.74	13.24	0.021
Abuela	0	0.00	1	2.63		
Mamá	9	47.37	5	13.16		
Hermana	0	0.00	6	15.79		
Primas	1	5.26	7	18.42		
Tía	3	15.79	2	5.26		
Total	19	100	38	100		

Fuente: Instrumento aplicado a las adolescentes del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2018.

Factores sociales

Dentro de los factores sociales, el número de personas que viven en el hogar es un factor asociado a embarazo adolescente con un p de 0.012 ($p < 0.05$). Las adolescentes caso viven en mayor proporción con 1 a 2 (31.58%) y con 3 a 4 personas (31.58%), mientras que las adolescentes control en su mayoría con 5 a 6 (50.00%) y con 7 a más personas (28.95%).

Por otro lado, el ingreso económico familiar mensual con un p de 0.272, no está asociado a embarazo adolescente ($p > 0.05$). Donde para las adolescentes caso el 78.95% presenta de S/100 a S/500 y el 15.79% de S/600 a S/1000, y en las adolescentes control el 55.26% presenta de S/100 a S/500 y el 23.68% de S/600 a S/1000.

Así mismo, a la pregunta si el hogar cuenta con servicios básicos o no, el 100% de adolescentes control y caso sí lo hacían. (Ver Tabla 6)

Tabla 6. Factores sociales asociados al embarazo adolescente

	Adolescente				Chi²	p †
	Embarazada		No embarazada			
	n	%	n	%		
Ingreso económico familiar mensual						
Menos de S/100	0	0.00	4	10.53	3.9	0.272
De S/100 a S/500	15	78.95	21	55.26		
De S/600 a S/1000	3	15.79	9	23.68		
De S/1000 a más	1	5.26	4	10.53		
Personas que viven en el hogar						
1 a 2	6	31.58	3	7.89	10.87	0.012
3 a 4	6	31.58	5	13.16		
5 a 6	3	15.79	19	50.00		
7 a más	4	21.05	11	28.95		
El hogar cuenta con servicios básicos						
Si	19	100.00	38	100.00	-	-
No	0	0.00	0	0.00		
Total	19	100	38	100		

En la tabla 7, dentro de los factores individuales, se indagó si las adolescentes tenían algún proyecto de vida. Las adolescentes caso en un 52.63% no presentaban y en las adolescentes control el 55.26% sí lo presentaban; sin embargo, con un p de 0.574 el proyecto de vida no está asociado con embarazo adolescente ($p > 0.05$).

También se evaluó autoestima a las adolescentes, donde se obtuvo que ambos grupos tenían en mayor proporción autoestima elevada y media. Y con un p de 0.175, autoestima no se asocia a embarazo adolescente ($p > 0.05$). (Ver Tabla 7)

Tabla 7. Autoestima y proyecto de vida asociado al embarazo adolescente

	Adolescente				Chi ²	p [†]
	Embarazada		No embarazada			
	n	%	n	%		
Proyecto de vida						
No presenta	10	52.63	17	44.74	0.316	0.574
Si presenta	9	47.37	21	55.26		
Autoestima						
Elevada	8	42.11	25	65.79	3.483	0.175
Media	7	36.84	10	26.32		
Baja	4	21.05	3	7.89		
Total	19	(100)	38	(100)		

Fuente: Instrumento aplicado a las adolescentes del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2018.

En la tabla 8, se observa las respuestas por cada ítem de la Escala Rosenberg utilizada para medir autoestima en las adolescentes que participaron, donde llama la atención la respuesta hacia el ítem 8 donde el 35.09 % de adolescentes se muestra de acuerdo ante la afirmación: "Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo/a."

Tabla 8.Resultados obtenidos de la Escala de Autoestima de Rosenberg

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	22 (38.60)	34 (59.65)	1 (1.75)	0 (0.00)
Estoy convencido/a de que tengo cualidades buenas	34 (59.65)	22 (38.60)	1 (1.75)	0 (0.00)
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	25 (43.86)	30 (52.63)	2 (3.51)	0 (0.00)
Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.	33 (57.89)	18 (31.58)	5 (8.77)	1 (1.75)
En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.	25 (43.86)	26 (45.61)	5 (8.77)	1 (1.75)
Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.	3 (5.26)	15 (26.32)	25 (43.86)	14 (24.56)
En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.	2 (3.51)	10 (17.54)	18 (31.58)	27 (47.37)
Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo/a.	9 (15.79)	20 (35.09)	18 (31.58)	10 (17.54)
Hay veces que realmente pienso que soy un/a inútil.	5 (8.77)	16 (28.07)	14 (24.56)	22 (38.60)
A veces creo que no soy buena persona.	3 (5.26)	17 (29.82)	20 (35.09)	17 (29.82)

Fuente: Instrumento aplicado a las adolescentes del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2018.

Respecto al proyecto de vida, se realizó un cuestionario con preguntas abiertas donde algunas de las respuestas fueron:

	Gestante	No gestante
Para usted, ¿Qué es proyecto de vida?	"Plantear un futuro"	"Lo que uno tiene planeado o pensado para su futuro"
	"Plantear una meta"	"Es planificar tu familia o tus cosas para más adelante"
	"Salir adelante, ahora que espero un hijo y cumplir todas mis metas"	"Lo que las personas quieren ser al cumplir la mayoría de edad"
	"Ser alguien"	"Una forma de planificarnos"
	"Ser dueña de decidir cómo llevar mi vida"	"Tener ideas claras sobre lo que quiero realizar a futuro en mi vida"
	"Un plan trazado, es un esquema vital que encaja en el orden de prioridades"	"Proyectar mis objetivos, metas a un futuro cercano, que es lo que quiero ser en la vida"

Figura 1. Percepción de las adolescentes gestantes y no gestantes acerca del significado del proyecto de vida

	Gestante	No gestante
¿En qué cree usted que le aportaría un proyecto de vida?	"Crecimiento personal"	"En tener una buena calidad de vida y economía"
	"Los estudios y el trabajo"	"Te daría una razón para esforzarte para lograr tus objetivos"
	"Luchar por lo que uno quiere y ser dignos de sí mismos"	"En que hagamos las cosas a su debido tiempo"
	"A poder realizar los sueños y anhelos que queremos realizar"	"Para que no cometamos errores más adelante"
	"Para salir adelante"	"Organizarme y ser más responsable, superarme"
	"En mejorar y dar un mejor estilo de vida para mi familia"	"Poder estar bien conmigo misma y apoyar a mi familia"

Figura 2. Percepción de las adolescentes gestantes y no gestantes acerca del aporte del proyecto de vida

	Gestante	No gestante
¿Le interesa construir un proyecto de vida? ¿Por qué?	"Porque me gustaría terminar mi secundaria y seguir hasta ser una profesional"	"Sí pero no sabría cómo"
	"Es necesario tener visualizado un futuro"	"Para tener orgullosos a mis padres"
	"Porque tendría una mejor vida, ordenada y muy planteada"	"Porque ya tendría algo en qué enfocarme"
	"Porque quiero llevar mi vida con mis propias decisiones"	"Así poder tener en mente lo que quiero más adelante"
	"Por mi hijo y por mi persona"	"Con ello podré saber lo que deseo y a pesar de que me caiga me volveré a levantar y pensaré en mi proyecto de vida"
	"Porque si no tengo una carrera, no trabajaré como deseo y seguiré siendo ama de casa"	"Porque no quiero cometer errores y después arrepentirme"

Figura 3. Interés de las adolescentes gestantes y no gestantes por construir un proyecto de vida

	Gestante	No gestante
¿La construcción de un proyecto de vida ayudaría a prevenir problemáticas que se viven en la actualidad? ¿Cuáles?	"Lo económico y personal"	"Embarazos, familias separadas"
	"Embarazos no planificados"	"Embarazos, drogadicción"
	"Las drogas, los embarazos no deseados"	"Embarazo precoz y saber qué estudiar"
	"Violencia familiar, maltrato infantil"	"Explotación, corrupción"

Figura 4. Percepción de la prevención de problemas mediante el proyecto de vida en adolescentes gestantes y no gestantes

4. DISCUSIÓN

El embarazo es una problemática de salud pública que a pesar de las intervenciones realizadas no se ha logrado disminuir su proporción. Al respecto el gobierno central peruano, mediante su diario oficial El Peruano, reportó en el mes de Julio del 2018 que el Instituto Nacional de Estadística e Informática ha hallado que el 13.4% de las adolescentes (comprendidas entre 15 a 19 años) fueron madres o quedaron embarazadas por primera vez ⁽⁴⁷⁾, cifra que ha incrementado con referencia al año pasado donde se obtuvo un 12.7%. En el presente estudio se ha hallado una proporción mayor (31.58%); sin embargo, esto es debido a que el estudio fue ejecutado en un Centro Materno Infantil, donde las usuarias adolescentes suelen ser gestantes en su gran mayoría.

Dentro de los factores denominados como "individuales", se halló que todos los indicadores resultaron siendo factores asociados, a excepción del aspecto emocional que se mencionará más adelante. Entre ellos, la edad con una media de 17.89 años en las adolescentes embarazadas se asoció al embarazo adolescente, resultado similar se ve en la investigación de Gómez-Mercado, CA y Montoya-Vélez LP ⁽⁹⁾ donde el tener una edad entre 16 a 19 años tuvo una fuerte asociación con el embarazo. Respecto al estado civil, se mostró variación con respecto al estar o no gestando, hallándose que aquellas que inician su gestación son quienes suelen mantener un estado de conviviente (73.68%), y resulta ser un factor asociado al igual que en el estudio de Gómez-Mercado, CA y Montoya-Vélez LP ⁽⁹⁾ donde el 91.7% de las adolescentes gestantes, eran convivientes.

Así mismo, el grado de instrucción se asoció significativamente con la presencia del embarazo durante la adolescencia, tal como también lo reporta Arnao, V ⁽¹¹⁾ en su trabajo de tesis donde encontró que el nivel de educación logra ser un factor protector asociado al embarazo adolescente. Al respecto existen estudios previos ⁽⁷⁾ ⁽¹⁰⁾ en donde se ha encontrado que la ausencia de educación en las adolescentes hace que incremente la probabilidad hasta en 3 veces de que un embarazo suceda en esta etapa.

Por otro lado, la ocupación que presenta la adolescente también se asoció al embarazo, mostrándose que el embarazo puede llegar a generar deserción escolar para ocupar el tiempo en trabajar o ser ama de casa; esta deserción se ha encontrado, según reporta Luna y López en el Hospital San Juan de Lurigancho ⁽¹⁴⁾, que llega alcanzar el 43% de los adolescentes gestantes, resultado similar al que reporta Arnao, V ⁽¹¹⁾ en investigaciones previas. Al respecto Ulloque-Caamaño, en Chile, halla un resultado similar y además reporta que este

abandono escolar genera una serie de eventos que establecen la marginación social, sub desarrollo y pobreza. ^{(8) (48)}

El uso de métodos anticonceptivos presentó una característica peculiar, y es que gran parte de los que referían sí haberlos utilizado fueron las gestantes adolescentes (52.63%), cuando en diversas investigaciones ⁽⁶⁾ se ha encontrado que es justamente este grupo quien presenta mayor proporción de no uso de métodos anticonceptivos. Esto podría indicarnos que si bien sí están utilizando algún método anticonceptivo, no lo estarían haciendo de forma correcta y reflejaría falta de información acerca del tema.

Respecto a la menarquia, estudios como los de Luyo D ⁽¹³⁾, en Lima, indican que el presentar la primera menstruación a una menor edad llegaba a generar en la adolescente un riesgo de 2,1 veces de presentar un embarazo adolescente; sin embargo, esta sentencia no ha sido hallada en esta investigación, en donde la menarquia no llegó a ser un factor asociado significativamente. Resultado diferente se halló con respecto a la edad de la primera relación sexual, variable que resultó asociada y que mostró que el inicio de relaciones sexuales en gestantes adolescentes fue de 16.37 años. Este valor no fue similar al trabajo realizado por Osorio R en el Hospital María Auxiliadora ⁽¹⁵⁾ y al de Carvajal R ⁽⁶⁾ en Colombia, quienes hallaron una edad de inicio de relaciones sexuales menores a 16 años en gestantes adolescentes.

El número de parejas sexuales tuvo una media de 1.95 en las gestantes adolescentes y también se asoció con la presencia de embarazo, al igual que en el estudio de Gómez-Mercado, CA y Montoya-Vélez LP ⁽⁹⁾ donde el análisis inicial muestra que tener relaciones sexuales con más de dos personas es un factor de riesgo de embarazo y dicho riesgo aumenta con los resultados del modelo de regresión logístico.

Dentro de los factores familiares, una de las variables evaluadas fue la presencia de un miembro que haya tenido un embarazo durante su adolescencia, la cual llegó a ser un factor asociado, dando a entender que el modelo de un pariente cercano puede influir en un embarazo adolescente actual. Al respecto existen diversas investigaciones que apoyan este resultado, como la de Akanbi en Uganda ⁽⁷⁾ que reporta que el tener hermanos sexualmente activos o que han quedado embarazadas a una edad temprana se muestran como factores de riesgo, así mismo Carbajal R en Colombia ⁽⁶⁾ encontró que el tener amigas que han presentado un embarazo durante la adolescencia (independientemente si lo abortaron o no) llega a ser un factor asociado para un presente embarazo adolescente.

Otro factor familiar asociado fue el grado de instrucción de los padres, donde se encontró que las gestantes adolescentes suelen presentar padres analfabetas o con educación primaria, mientras que las adolescentes que no están gestando suelen tener padres con educación secundaria. Al respecto, en Colombia⁽¹⁰⁾ se realizó un estudio donde se determinó que el hecho de que la madre tenga una educación menor a la secundaria se comporta como un factor de riesgo para la presencia de embarazo adolescente. Este último estudio y uno realizado por Gomez y Montoya⁽⁹⁾ reportan que el estrato económico también muestra asociación con el embarazo adolescente, sin embargo el presente estudio no ha hallado la misma relación.

Por otro lado, un factor social asociado al embarazo adolescente fue el número de personas que conviven con la adolescente en el hogar; notándose así el impacto que pueden tener los familiares en la presencia de un embarazo a esta edad. Al respecto Salazar A en Colombia ⁽⁴⁹⁾ encontró que existen actitudes negligentes por parte de los padres o familiares que pueden favorecer al embarazo adolescente, tales como descuido en el afecto o el acompañamiento, en la ayuda de sus tareas, instauración de límites o educación sobre la sexualidad, entre otros.

Finalmente, respecto al aspecto emocional, donde se estudió proyecto de vida y autoestima, estos no mostraron ser factores que se asocien al embarazo durante la adolescencia. Este resultado no se asemeja al estudiado por Luyo D ⁽¹³⁾, quien concluye que el tener una baja autoestima genera un riesgo de 1.6 de presentar un embarazo a temprana edad. Sin embargo sí se asemeja al estudio de Ulloque L, Monterrosa A Y Arteta C ⁽⁸⁾ en el cual, la mayoría de gestantes estudiadas presentó autoestima normal (76,8%) y en el ítem 8 de la escala Rosemberg presentan valores bajos o en su mayoría están de acuerdo ante la afirmación "Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo/a." al igual que en el presente estudio.

Si bien es cierto que existen ciertas investigaciones al respecto, tal como comenta Dueñas M ⁽⁵⁰⁾, al parecer aún no se halla evidencia suficiente para frenar el incremento del embarazo adolescente en el Perú. En su manuscrito la autora refiere que es necesario abordar diversos factores para llenar el vacío en el conocimiento actual, por lo cual esta investigación ha buscado incluir gran parte de estos condicionantes a fin de corroborar, deslindar o incrementar información con respecto a la que ya existía.

Cabe mencionar, que para realizar el presente estudio, se presentaron algunas limitaciones que hicieron que la recolección de datos demore mayor tiempo del

estimado, y que deberían tomarse en cuenta para estudios posteriores. Una de ellas fue que no son muchas las adolescentes que asisten al Centro de Salud elegido y por ese motivo se procedió a realizar visitas domiciliarias con el personal asignado del Centro Materno para así aprovechar en entrevistar a las gestantes que no acudían a su control programado. Otra limitación fue que no todos los padres de las adolescentes menores de edad, aprobaban que se les realizara la encuesta y por lo tanto no se podía avanzar con la recolección.

5. CONCLUSIONES

- Los factores individuales que se asocian con embarazo adolescente son: Estado civil, grado de instrucción, ocupación, uso de métodos anticonceptivos, edad de las adolescentes, edad de la primera relación sexual y andría.
- Los factores familiares que se asocian con embarazo adolescente son: Grado de instrucción de los padres y el antecedente de algún familiar cercano con embarazo adolescente.
- Dentro de los factores sociales, solo se asoció con embarazo adolescente: El número de personas que viven en el hogar.
- Autoestima y proyecto de vida, que se encuentran dentro del aspecto emocional de los factores individuales y que se estudiaron con instrumentos diferentes cada uno, no se asociaron significativamente con embarazo adolescente.

6. RECOMENDACIONES

- Que las intervenciones se realicen con enfoques diferentes, de acuerdo a las etapas de la adolescencia, e identificando los factores de riesgo de cada población donde se intervendrá. Así se podrá realizar un trabajo más efectivo.
- No solo abordar los temas de salud sexual y reproductiva de forma superficial, sino brindar a los adolescentes una educación sexual de calidad, donde se debe alentar la abstinencia y el retraso de la edad de inicio de las relaciones sexuales, como punto de partida. También reforzar habilidades sociales y proyectos de vida para promover la buena toma de decisiones en los adolescentes.
- Sería importante que hubiese un profesional calificado, en este caso el obstetra, en cada lugar donde hay adolescentes, como en los colegios. Para así brindarles una atención integral, personalizada y eficaz. De esta forma se garantizaría una buena educación sexual en éstos jóvenes y se evitarían decisiones no asertivas por falta de conocimientos.
- Incluir más a los padres de familia en las intervenciones que se realizan en los colegios o municipios, a cerca de formas de crianza de hijos adolescentes. Así, si ellos tienen pocos o nulos conocimientos sobre cómo actuar con sus hijos en esta etapa, que es por lo general complicada, tendrán las herramientas para saber guiarlos de forma correcta.
- Que los proyectos o programas propuestos por el ministerio de salud, se cumplan en todos los establecimientos de salud, siendo nosotras como obstetras impulsadoras de esto, para poder llegar cada vez a más adolescentes y evitar problemas de salud pública como lo es el embarazo no deseado.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Favier Torres MA, Samón Leyva M, Ruiz Juan Y, Franco Bonal A. Factores de riesgos y consecuencias del embarazo en la adolescencia. Revista de Información Científica. 2018 Enero-Febrero; 97(1): p. 205-214.
2. La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). [Online]. Organización de las Naciones Unidas; 2015. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/
3. UNFPA. UNFPA America latina y el caribe. [Online].; 2018 [cited 2018 mayo 30]. Available from: <http://lac.unfpa.org/es/news/am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-m%C3%A1s-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mund-1> <http://lac.unfpa.org/es/news/am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-m%C3%A1s-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mund-1> .
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. "Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017 - Nacional y Regional". Lima.; 2018. [Online]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html
5. Rodriguez N, Cala Á, Nápoles JL, Milán Y, Aguilar M. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. Revista Información Científica. 2017; 96(1): p. 29-37. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/27/53>
6. Carvajal R, Valencia HL, Rodriguez R. Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia. Revista de la Universidad Industrial de Santander. 2017 Abril-Julio; 49(2): p.290-300. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/3438/343851211004/>
7. Akanbi F, Afolabi KK, and Aremu AB. Individual Risk Factors Contributing to the Prevalence of Teenage Pregnancy among Teenagers at Naguru Teenage Centre Kampala, Uganda. Primary Health Care. 2016: 6(4). Disponible en: <https://www.omicsonline.org/open-access/individual-risk-factors-contributing-to-the-prevalence-of-teenagepregnancy-among-teenagers-at-naguru-teenage->

centre-kampala-uganda-2167-1079-1000249.php?aid=83693

8. Ulloque L, Monterrosa, A y Arteta, C. Prevalencia de baja autoestima y nivel de resiliencia bajo, en gestantes adolescentes de poblaciones del caribe colombiano. Rev. chil. obstet. ginecol. 2015 Diciembre. 80(6).

Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000600006#a2

9. Gómez CA, Montoya LP. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012. Rev. salud pública 2014; 16(3): p. 394-406. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v16n3/v16n3a06.pdf>
- 10 Sanchez Y, Mendoza L, Grisales M, Ceballos L, Bustamante J, Castañeda E, y .. col. Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. Rev chilobstetginecol 2013; 78(4): p.269 - 281. Disponible en: <https://enfermeriainvestiga.uta.edu.ec/index.php/enfermeria/article/view/48>
- 11 Arnao Degollar VA. Factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes, Centro Materno Infantil José Gálvez, Lima - Perú, 2014; Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
- 12 Castro J, Espejo Y. Factores asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el hospital maría auxiliadora, 2016. Lima: Universidad Arzobispo Loayza; 2016.
- 13 Luyo Marcellini D. Factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari 2014 - 2015. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2017.
- 14 Luna S, López L. Factores asociados al embarazo adolescente en las gestantes que acuden al Hospital San Juan de Lurigancho, 2014. Lima: Universidad Wiener; 2014.
- 15 Rubén Osorio A. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013 Lima: universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
- 16 Investigación Causas y Factores de la Maternidad Adolescente en el Estado de México, dentro del contexto del Programa de Desarrollo Social Futuro en

- Grande. Gobierno del estado de México.
- 17 Organización Mundial de la Salud [Online]. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. [Citado el 15 jul 2018]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/es/
- 18 Documento Técnico: Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú. 2017 / -1a ed.- Ministerio de Salud - Lima: Ministerio de Salud, 2017. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
- 19 UNICEF. Estado mundial de la infancia 2011: La adolescencia-Una época de oportunidades. Disponible en: <https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/>
- 20 Ildefonso Soto ML. Intervención educativa sobre salud sexual y reproductiva y su efecto en el conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Privada “Trilce”, noviembre - diciembre 2015. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
- 21 Prato de la Fuente VL. Control prenatal incompleto como factor de riesgo de anemia en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016
- 22 MSc. Menéndez GE, MSc. Navas I, MSc. Hidalgo Y, MSc. Castellanos JE. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012; 38(3): p. 333-342. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006
- 23 UNFPA. El Estado de la Población Mundial 2013; 2013. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf#overlay-context=>
- 24 Mora Cancino AM, Hernández Valencia M. Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. 2015; 29(2): p.76-82. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533715000175>
- 25 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015. Lima; 2016. [Online]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1356/
- 26 Documento técnico. Plan multisectorial para la prevención del embarazo en

- adolescentes 2013 - 2021. Gobierno del Perú. Lima; 2013.
- 27 Organización Mundial de la Salud. [Online]. [cited 2018 octubre 17. Disponible en: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/ .
- 28 Barón JV. Embarazo en adolescentes complicaciones. Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica LXX (605). 2013;; p. 65-69. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131m.pdf>
- 29 Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura. Embarazo precoz y no planificado y el sector de la educación. París; 2017. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000251509_spa
- 30 Laureano J, Gil E, Mejía ML, de la Torre AC. Embarazo en adolescentes de Jalisco, México: Una mirada desde la marginación social. 2016; 62(3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000300002
- 31 García GE. Embarazo adolescente y pobreza, una relación compleja. 2014;(77). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39348246002>
- 32 Guerrero JC. Menarquia temprana como factor de riesgo de asma bronquial en mujeres de 18 a 21 años de edad. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2016.
- 33 Merino O. PM. Trastornos endocrinos de la pubertad en la niña y adolescente. REV. MED. CLIN. CONDES. 2013; 24(5): p.857- 865. Disponible en: http://www.spog.org.pe/web/phocadownloadpap/TRASTORNOS_ENDOCRINOS_EN_LA_PUBERTAD.pdf
- 34 Leal I, Stuardo V. Menarquia temprana y su asociación con conductas de riesgo en adolescentes. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2015;80(1): p. 41-47.
- 35 Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Peñaranda Ospina CB. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2016;81(3): p. 243 - 253. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300012
- 36 Instituto Nacional de Estadística e informática. Encuesta Demográfica y de

- Salud Familiar 2016. Lima; 2017. [Online]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html

- 37 Martes-Camargo P. Perfil Sociodemográfico de la Maternidad y el Embarazo en Adolescentes. Lima;; 2016.

- 38 Peláez Mendoza J. El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. · Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2016: 46(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100011

- 39 Familias y sexualidades. [Online]. [cited 2018 Junio 15]. Disponible en: · http://familiasysexualidades.inmujeres.gob.mx/cap_08.html

- 40 UNICEF. Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. Panamá;; 2014.

- 41 Gómez Mercado C, Mejía Sandoval G. Prevalencia de embarazo y · características demográficas, sociales, familiares, económicas de las adolescentes, Carepa, Colombia. 2017; 8(1). Disponible en: http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/viewFile/4419/2817

- 42 González E, Molina T, Montero A, Martínez V. Factores familiares asociados al · inicio sexual temprano en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en Santiago de Chile. 2013; 141(3). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000300005

- 43 García Odio AA, González Suárez M. Factores de riesgo asociados a · embarazadas adolescentes en un área de salud. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2018 Mayo-Junio; 22(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942018000300002

- 44 González E, Leal I, Molina T, Chacón C P. Patrón intergeneracional del · embarazo adolescente en las hijas de una cohorte de mujeres que controlaron su primer embarazo en un centro integral para adolescentes embarazadas. 2013; 78(4).

- 45 Sanchez A. Young Lives. [Online].; 2017 [cited 2018 10 25. Available from:

- <http://www.younglives.org.uk/node/8412> .
- 46 Orihuela Munive JJ. Conocimiento, actitudes y prácticas sobre sexualidad asociado al embarazo en adolescentes de Instituciones educativas de la provincia de Huancayo-2013 Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2016.
- 47 Diario el Peruano. El embarazo adolescente llegó al 13.4%. República del Perú. [Online].; 2018 [cited 2018 octubre 04]. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia-embarazo-adolescente-2017-llego-al-134-67601.aspx> .
- 48 Gaviria S, Chaskel R. Embarazo en adolescentes de América latina y el caribe: impacto psicosocial. 2013; 12(3).
- 49 Salazar A, Ávila V, Bernal C. Negligencia del padre: Una práctica que puede llevar al embarazo adolescente. 2018; 9(1): p. 51-75. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6223154>
- 50 Dueñas M. Factores asociados al embarazo en adolescentes en el Perú. 2018; 3(2). Disponible en: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/61>

8. ANEXOS

Anexo 01. Cuestionario sobre factores asociados al embarazo adolescente.

Anexo 02. Escala de autoestima Rosenberg.

Anexo 03. Cuestionario sobre proyecto de vida.

Anexo 04. Consentimiento informado.

Anexo 05. Operacionalización de variables.

Anexo 06. Matriz de consistencia.

11. ¿Cuál?

()Pastillas ()Condomes ()Inyectables ()Otros
()Ninguno

12. ¿Le dieron indicaciones de cómo utilizarlo?

() Sí () No

Factores Familiares

13. ¿Tus padres están vivos?

() Sí () No

14. ¿Quién falleció?

()Papá ()Mamá ()Ninguno

15.Estado civil de tus padres

()Casados ()Convivientes ()Divorciados-Separados

16. Grado de instrucción de tus padres

()Analfabeta ()Primaria completa ()Primaria incompleta
()Secundaria completa ()Secundaria incompleta

17. ¿Algún miembro de tu familia estuvo embarazada antes de los 20 años?

() Sí (Responda la sgte pregunta) () No

18. ¿Qué parentesco tiene contigo?

Factores Sociales

19. ¿Cuánto es el ingreso económico familiar mensual?

() Menos de s/100 () De s/100 a s/500 () De s/600 a s/1000
() De s/1000 a más.

20. ¿Cuántas personas viven en su hogar?

()1 a 2 ()3 a 4 ()5 a 6 ()7 a más.

21. Domicilio donde vive, cuenta:

() Con servicios básicos (Luz, agua, desagüe) () Sin servicios básicos
(Sin luz, agua y desagüe)

Anexo 02. Escala de autoestima Rosenberg

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

A. Muy de acuerdo

B. De acuerdo

C. En desacuerdo

D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido/a de que tengo cualidades buenas				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo/a.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un/a inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

Anexo 03. Cuestionario sobre proyecto de vida.

Para usted ¿Qué es proyecto de vida?

Usted, ¿tiene un proyecto de vida? Sí_____ No_____

¿En qué cree usted que le aportaría un proyecto de vida?

¿Le interesa construir un proyecto de vida? Sí_____ No_____ ¿Por qué?

¿La construcción de un proyecto de vida ayudaría a prevenir problemáticas que se viven en la actualidad? Sí_____ No_____ ¿Cuáles?

Anexo 04.

Consentimiento informado

La Universidad Nacional Mayor de San Marcos, tiene entre sus funciones la creación de conocimientos, la extensión universitaria y la proyección social. La presente investigación intenta determinar los factores de riesgo del embarazo adolescente y se realizará en adolescentes gestantes y no gestantes, 2018.

Este estudio solicita la colaboración de los adolescentes, para que participen de forma voluntaria en responder un cuestionario de 36 preguntas, relacionadas a los factores de riesgo del embarazo adolescente.

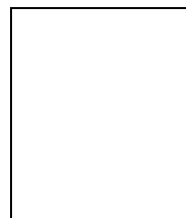
La presente investigación es no experimental, por lo que no se pretende daño alguno por administración de fármacos o procedimientos médicos.

Investigador Responsable: Cervera Rinza, Yesenia Jaqueline.

DNI: 76542186 / Correo: yesenia.jcr@hotmail.com / Teléfono cel.: 990405328

Su participación en la encuesta es estrictamente anónima y confidencial, es decir, la información estará contenida en este documento de consentimiento informado, pero en los formularios se manejarán mediante códigos; además tiene el derecho de saber los resultados.

Si usted decide aceptar le pido su autorización para que responda las preguntas planteadas en los siguientes formularios.



Apellidos y Nombres del encuestado

DNI:

Firma

Apellidos y Nombre del investigador

Firma del Investigador

Anexo 05. Operacionalización de variables.

Variable	Definición Operacional	Dimensión	Subdimensiones	Indicador	Tipo y escala de medición	ÍTEM	VALORES
Factores de riesgo	Presencia de características de una adolescente que aumentan la probabilidad de un embarazo en ésta etapa.	Factores individuales	Características sociodemográficas personales	Edad	Cualitativa Nominal	Edad actual	10 - 14 años 15 - 19 años
				Estado civil	Cualitativa Nominal	Estado civil	Casada Conviviente Soltera
				Nivel educativo	Cualitativa Ordinal	Grado de instrucción	Analfabeta Prim. comp. Prim. incomp- Sec. comp. Sec. incomp
				Ocupación	Cualitativa Nominal	¿A qué se dedica?	Estudia Trabaja Ama de casa
			Comportamiento sexual	Menarquia	Cualitativa Nominal	¿A qué edad fue su primera menstruación?	Menor o igual a 11 años 12 a 14 años 15 a más años
				Edad IRS	Cualitativa Nominal	¿A qué edad fue su primera relación sexual?	Menor a 15 años Mayor o igual a 15 años
				Andria	Cualitativa Nominal	¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?	1 2 3 o mas
				Embarazo anterior	Cualitativa Nominal	¿Ha estado embarazada anteriormente?	Sí No
					Cualitativa Nominal	¿Cuántos embarazos ha tenido anteriormente?	Valor numérico
				Uso de MAC	Cualitativa Nominal	Anteriormente ¿Utilizaba algún	Sí No

						MAC?	
					Cualitativa Nominal	¿Cuál?	Pastillas Condomes Inyectables Otros Ninguno
			Aspecto Emocional	Autoestima	Cualitativa Nominal	Escala Rosenberg	Alta Media Baja
				Proyecto de vida	Cualitativa Nominal	Cuestionario preg. abiertas.	Respuesta libre
		Factores familiares	Pérdida de familiar significativo	Pérdida de familiar significativo	Cualitativa Nominal	¿Tus padres están vivos?	Sí No
					Cualitativa Nominal	¿Quién falleció?	Papá Mamá Ninguno
			Características de los padres	Estado civil	Cualitativa Nominal	Estado civil de tus padres	Casados Convivientes Divorciados
				Nivel educativo	Cualitativa Ordinal	Grado de instrucción de tus padres	Analfabeta(o) Prim. comp. Prim. incomp- Sec. comp. Sec. incomp
			Antecedentes de embarazo adolescente.	Antecedente de familiar con embarazo adolescente.	Cualitativa nominal	¿Algún miembro de tu familia estuvo embarazada antes de los 20 años?	Sí No
					Cualitativa Nominal	¿Qué parentesco tiene contigo?	Madre Hermana Prima Otros Ninguno
		Factores sociales	Nivel socioeconómico	Ingreso económico familiar mensual	Cualitativa Nominal	¿Cuánto es el ingreso económico familiar mensual?	Menos de s/100 De s/100 a s/500 De s/600 a s/1000 De s/1000 a mas

				Hacinamiento	Cualitativa Nominal	¿Cuántas personas viven en su hogar?	1a2 3a4 5a6 7a más
			Características de la vivienda	Zona donde se ubica	Cualitativa Nominal	Domicilio donde vive, cuenta:	Con servicios básicos. Sin servicios básicos.
Embarazo adolescente	Presencia de embarazo entre los 10 y 19 años.			Presencia de embarazo adolescente	Cualitativa Nominal	¿Embarazo actual?	Sí No

Anexo 06. Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	JUSTIFICACION	VARIABLES	METODOLOGIA	POBLACION Y MUESTRA
<p>Problema general ¿Cuáles son los factores de riesgo del embarazo en adolescentes gestantes y no gestantes, Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2018.</p> <p>Problemas específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuáles son los factores individuales asociados al embarazo en adolescentes gestantes y no gestantes? - ¿Cuáles son los factores familiares asociados al embarazo en adolescentes gestantes y no gestantes? - ¿Cuáles son los factores sociales asociados al embarazo en adolescentes gestantes y no gestantes? 	<p>Objetivo general Establecer los factores de riesgo del embarazo en adolescentes gestantes y no gestantes, Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2018.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar los factores individuales asociados al embarazo en adolescentes gestantes y no gestantes. - Identificar los factores familiares asociados al embarazo en adolescentes gestantes y no gestantes. - Describir los factores sociales asociados al embarazo en adolescentes gestantes y no gestantes. 	<p>A pesar de las múltiples intervenciones, el número de embarazos no ha variado mucho, considerándose por este motivo un problema de salud pública. Las investigaciones señalan que ningún programa es capaz de reducir los factores de riesgo asociados al problema y que su efectividad dependerá de la claridad del propósito, objetivos y metas de las intervenciones. Probablemente esto se deba a que los estudios sobre embarazo en adolescentes se han centrado en las prácticas sexuales de los adolescentes en general, otros en las consecuencias y resultados desde el punto de vista físico o emocional de dichos embarazos. Sin embargo, ha sido limitado el estudio y sobre todo la comprensión de los factores que poseen en particular los adolescentes para tener un embarazo en la adolescencia.</p>	<p>Factores de riesgo</p> <p>Embarazo adolescente</p>	<p>Tipo de investigación Observacional</p> <p>Diseño de investigación Analítico de caso y control.</p> <p>Método Entrevista.</p>	<p>Población Adolescentes que se atienden en el servicio de obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita</p> <p>Muestra 57 adolescentes. 19 adolescentes con embarazo (grupo caso) 38 adolescentes sin embarazo (grupo control)</p>